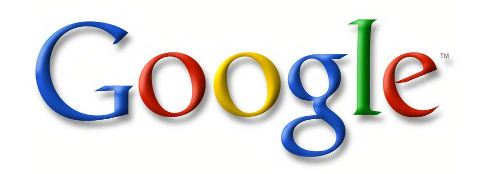


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

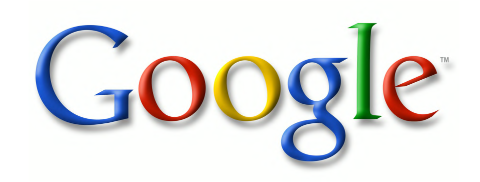
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

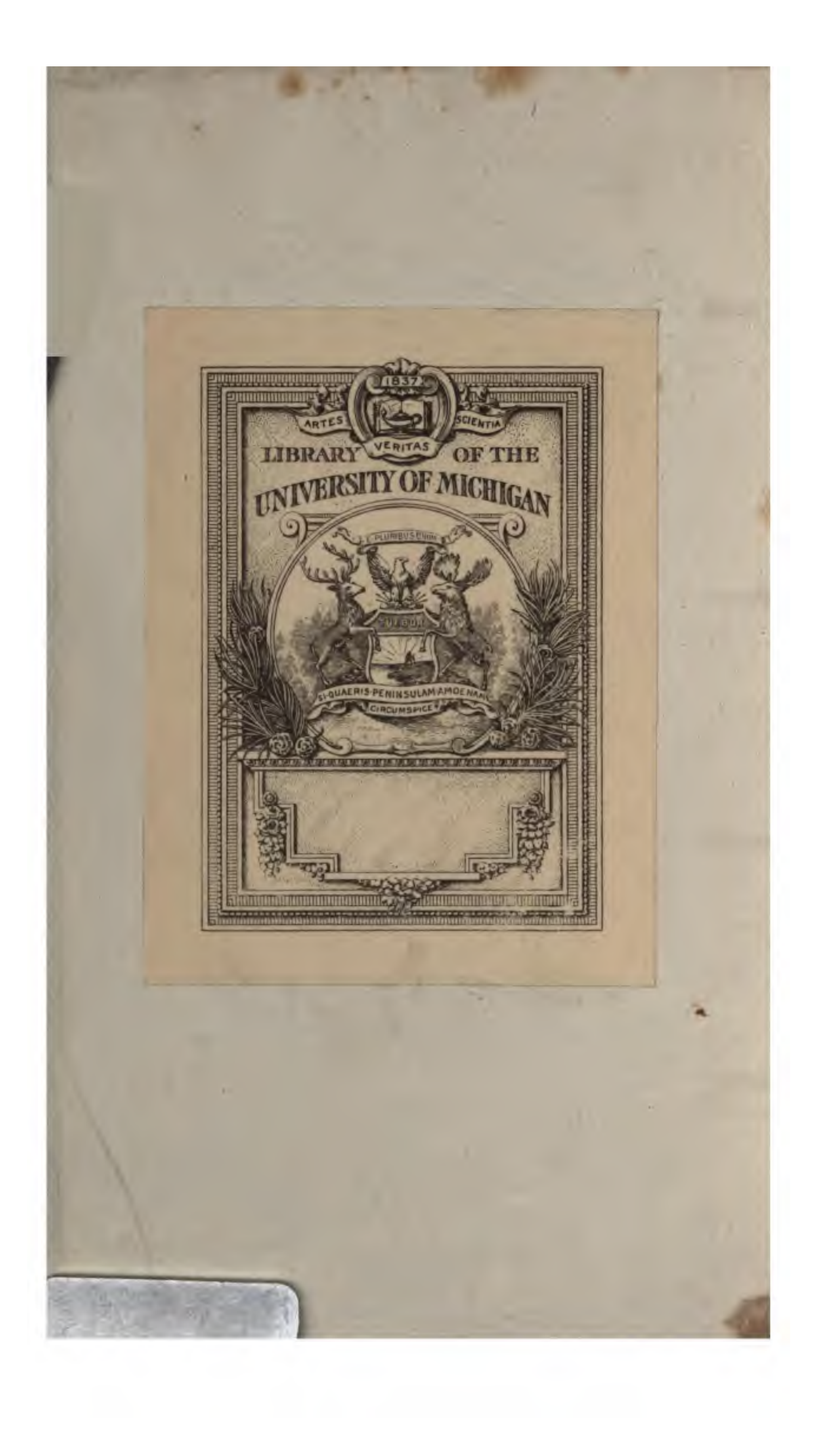
Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 979 3
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI·QUAERIS·PENINSULAM·AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
Ab71
G3



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME VI.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1834.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1834.

Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par le caustique; par Claudius Tarral.

Dans ce mémoire je me propose de parler du traitement d'une maladie intéressante, assez commune et souvent très-grave. Presque tous ceux qui l'ont reconnue lui ont assigné un nom, et maintenant l'esprit est confondu par les dénominations nombreuses qui lui ont été données et dont la plupart sont vagues et défectueuses. On l'a nommée tour-à-tour tumeur variqueuse (1), loupe (2), tumeur variqueuse congénitale (3), envie, *nævus maternus*, dépôt sanguin (4), tumeur fongueuse sanguine (5), anévrysme par anastomose, anévrysme des branches anastomotiques (6), *aneurisma per anastomoseos* (7), *aneu-*

(1) Jean-Louis Petit, *OEuvres posthumes*, T. I, p. 220. Paris, 1774.

(2) Pelletan, *Clinique chirurg.*, T. II, p. 59. Paris, 1810.

(3) Callisen, *Systema chirurg. hodiernæ*, T. II, cap. 296. 1800. — G. B. Monteggia, *Istituzione chirurgiche*, T. I, p. 214. *Nuova ediz. cura Caimi.* Milan, 1829.

(4) Boyer, *Traité des Maladies chirurg.*, T. II, p. 370, 4.e édit. — Roux, *Dict. de Méd.*, art. *Tumeur*, T. XX. 1828.

(5) John Bell's, *Surgical works*, vol. I, p. 459, in-4.° Edinb., 1801. — John Abernethy's, *Surg. works*, vol. II, p. 225. Lond. 1819.

(6) *Von* Walther, *in Journal fur chirur. und Augenkrankheiten.* B. v, B. 195. Berlin, 1826.

(7) Rust's, *Theoretisch Pract. Handbuch der Chirurgie*, B. II, B. 47. 1830.

risma anastomoticum (1), *hematoncus* (2), télangiectasie, artériectasie, angiectasie (3), fongus hœmatodes (4). *aneurisma verum cylindroïdeum* (5), tissu érectile accidentel, spongieux, caverneux; tissu splénoïde, et d'autres encore plus impropres.

Beaucoup de confusion résulte d'une nomenclature aussi imparfaite. L'ignorance où l'on est de la nature pathologique de la maladie en est bien souvent la cause. Lorsqu'on ne saisit que les phénomènes variables, et qu'on les donne pour caractères pathognomoniques, la dénomination d'une maladie est nécessairement vague ou erronée : nous possédons ici un exemple trop évident, et en effet combien d'inexactitude et d'équivoques résultent de cette quantité d'appellations ! Comme il est indispensable de s'entendre sur la nature des tumeurs dont il s'agit, avant d'entamer leur traitement (vu surtout la confusion qui existe), nous croyons utile d'en dire quelques mots, afin de prévenir toute ambiguité.

Cette maladie, qui a sans doute été rencontrée de tout temps, paraît avoir peu occupé l'attention des chirurgiens avant le dernier siècle. Jean-Louis Petit, si recommandable par sa sagacité et sa bonne-foi, nous en a laissé une description assez exacte. Voici quelques extraits de son ouvrage qui suffiront pour faire voir qu'il connaissait bien

(1) Alibert, *Nosologie naturelle*, etc. T. I. Paris, 1814.

(2) Græfe et Walther, *Journal cité.* — Chelius, *Handbuch für der Chirurgie*, B. I, B. 883. 1824.

(3) Roux, *Voyage à Londres.* Paris, 1815. — Maunoir, *Mémoire sur le fongus médullaire et le fongus hœmatodes.* Paris, 1820. — J. F. Lobstein, *Traité d'anatomie pathologique*, T. I, p. 323. Paris, 1829. — Bégin, *Dict. de méd. et chirurg.-pratique.*

(4) Breschet, dans *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, T. III, 2.e fascicule, p. 112. Paris, 1833.

(5) Dupuytren, voyez *Méd. opératoire de Sabatier*, édit. *Sanson*, T. III, p. 244. Paris, 1824. — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, T. IV, p. 1.re Paris, 1834. — Breschet, dans *Mémoire de Lallemand*, *avec ses observations et réflexions*, etc. In-4.°, p. 40. 1827.

la maladie : « Tumeur variqueuse, formée de vaisseaux dilatés, non douloureuse, molle au toucher. On peut presque la vider par la pression ; une ouverture fait couler le sang de toute la surface de la plaie, etc. » (1) Ailleurs il parle d'une hémorrhagie arrivée parce que le chirurgien « avait coupé ces vaisseaux dans l'endroit où ils avaient vingt ou trente fois plus de diamètre que dans l'état naturel. Je ferai remarquer ici ce que je n'ai dit qu'en passant; savoir, que le sang de cette hémorrhagie ne jaillissait point; mais, comme le sang artériel passait d'un vaisseau étroit dans un infiniment plus large, il perdait toute sa vitesse, et ne faisait, pour ainsi dire, que baver au lieu de jaillir. » (P. 235). La gravité du mal était très-connue à Petit.

Mais c'est à Jean Bell, chirurgien fort distingué d'Edimbourg, et frère du célèbre sir C. Bell, actuellement à Londres, que nous sommes redevables d'une description détaillée, et qui n'a peut-être pas été encore surpassée ; il a aussi orné son grand ouvrage de quelques dessins qui représentent la forme, la couleur et la structure de cette lésion. Je vais traduire quelques passages qui éclairciront en même temps et l'anatomie pathologique de cette affection, et un point de priorité historique qui n'a pas été convenablement décidé. « La tumeur, dit Bell, est formée par un réseau de petites artères *actives*, de veines absorbantes et de cellules intermédiaires. *L'action constante et exagérée* de ces artères remplit les cellules de sang; de ces cellules il est absorbé par les veines : l'extrémité des veines dilatées constitue peut-être elle-même ces cellules ! Puis, « c'est la communication fréquente et les anastomoses des vaisseaux les uns avec les autres, qui obligent chaque branche anastomotique d'être tributaire de ce groupe *actif* de vaisseaux (2). » « La tumeur est un réseau de vaisseaux actifs,

(1) *Op. cit.*, T. I.
(2) *Op. cit.*, p. 247.

et la substance celluleuse dans laquelle ils sont répandus ressemble à la partie spongieuse du pénis, à la substance de la matrice, de la rate, au placenta, ou à la crête des gallinacés. » « C'est apparemment une structure très-simple qui permet à la matrice, au pénis, à la rate, de remplir leur fonction, et c'est aussi, ajoute l'ingénieux Bell, une très-légère déviation d'organisation qui constitue cette maladie. Tout prouve que cette tumeur est un tissu de petites artères et de veines qui est rempli de sang par impulsion, au moyen de petites artères innombrables, de la même manière que l'organe viril de l'homme, etc. »

Bell ignorait la description de Petit, il s'attribue à tort le mérite d'avoir le premier fait connaître cette maladie; mais il n'est pas le seul. En 1834, on publia à Paris : « J'ai le premier fait connaître et décrit dans mes cours d'anatomie pathologique, dit M. Dupuytren, un tissu érectile fort remarquable, dont l'existence, dans l'état de maladie, n'avait point encore été constatée, et que j'ai nommé tissu érectile. »

La description de Bell date au moins de 1796, à juger de ses lettres à Freer de Birmingham, rapportées dans son ouvrage. Je ne puis savoir quand le celèbre chirurgien français fit sa première description; c'était probablement au commencement de ce siècle, d'ailleurs je ne sache point qu'il en soit question dans les livres avant 1814, époque à laquelle Chaussier en parle dans le premier *Dict. des sciences médicales.* (Art. *érectile*). Cependant, dans la traduction de Hodgson (1) où cette maladie est traitée d'après Bell, M. Breschet ne réclame point la priorité en

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, page 1.re — *Voyez* pareille opinion dans la *Méd. opér. de Sabatier*, par MM. Sanson et Bégin, T. III, p. 244. 1824.

(2) *Traité des maladies des artères*; par Breschet, etc. T. II, p. 360. Paris, 1819.

faveur de son célèbre collègue ; mais, en parlant d'une tumeur érectile de l'oreille, etc., il nous expose très-bien les idées de M. Dupuytren, « qui considère la tumeur comme étant formée par des artères lésées d'une manière anévrysmatique ; mais il y a de plus, suivant ce grand chirurgien, à leurs rameaux les plus extrêmes, un entrelacement en mille sens divers, interceptant des espaces et figurant des cavités tout-à-fait analogues à la structure des corps caverneux ; il pense que la maladie a sa source dans l'activité de la circulation capillaire. »

Il nous semble d'après cette description que l'histoire ne doit attribuer à M. Dupuytren que le mot *érectile* qu'il applique à cette affection. Le mot érectile, qui est maintenant généralement reçu en France, exprime, en effet, assez bien la nature de cette lésion. Cependant il nous paraît beaucoup moins exact que ne le pensent certains écrivains : ne faut-il point forcer l'analogie pour trouver une grande ressemblance entre le tissu érectile naturel et l'accidentel ? D'ailleurs, a-t-on suffisamment étudié ce dernier pour pouvoir déjà établir la comparaison ? Néanmoins nous emploierons souvent le mot érectile, qui a le grand avantage d'être bref. Un grand nombre d'autres auteurs ont cherché à approfondir la nature intime de ces tumeurs ; parmi eux on peut citer MM. Wardrop, Walther, Lobstein, Cruveilhier, Mackenzie, Breschet, etc. Mais il me semble incontestable que leurs travaux laissent encore beaucoup à désirer.

La marche de cette maladie, quelle que soit sa cause ou son origine, est extrêmement variable : elle reste souvent des années stationnaire, et souvent aussi elle s'accroît avec une grande rapidité. Dans l'état de nos connaissances nous ne pouvons pas mieux expliquer ces variations que nous rendre compte des prédilections que cette affection montre pour la partie supérieure du corps, etc.

Cette maladie se développe chez les individus de tout âge, mais surtout chez les enfans, chez les individus des

deux sexes, de toute constitution et vraisemblablement dans toute partie du corps. John Bell l'admettait partout, sauf dans le tissu osseux, où il ne l'avait jamais rencontrée; cependant les observations, rapportées par Pierson, Scarpa, MM. Dupuytren et Lallemand, renversent complètement cette opinion.

En commençant ce mémoire, mon intention était de parler seulement du traitement des tumeurs érectiles par les caustiques, mais, voyant la manière dont ce sujet important était traité par les auteurs récens, je me suis décidé à passer en revue les autres méthodes, dans l'espoir de rendre ce travail encore plus utile. Bien que j'aie dû compulser un grand nombre d'ouvrages français et étrangers; bien que j'aie dû consacrer beaucoup de journées seulement à la recherche des faits épars dans les journaux, bien que mes rapports avec beaucoup de chirurgiens distingués m'aient mis à même d'offrir des faits inédits, je sais néanmoins que bien des choses intéressantes m'ont échappé; je regrette infiniment que la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris soit encore si pauvre en ouvrages étrangers, car c'est là surtout qu'on peut espérer trouver des faits sur le sujet qui nous occupe : toutefois j'ai presque toujours cité mes autorités, chose indispensable, et qui épargnera, je le désire, le temps que j'ai perdu, aux lecteurs qui ont pour principe : « *Melius est ex ipso fonte bibuntur aquæ.* » (Docteur Allan).

Le traitement de cette maladie est presque aussi varié que sa dénomination. Dans la revue que nous ferons des divers moyens qui ont été employés, nous adopterons la division et l'ordre suivans :

1.° Compression;

2.° Réfrigérans et astringens;

3.° Ligature de la tumeur;

4.° Diminution de la circulation de la tumeur, produite par la ligature ou la division des vaisseaux qui s'y rendent;

5.° Excision de la maladie ou ablation du membre ;

6.° Application de divers agens qui produisent le même résultat, en excitant l'inflammation, l'oblitération des vaisseaux, etc. , etc.

7.° Méthode mixte ou traitement qu'il serait difficile de classer.

§. I.er *Compression.* — La compression, très-nuisible suivant Jean Bell, Bateman, Brodie, etc., compte pourtant plusieurs succès. Ainsi Abernethy, qui était grand partisan de la compression aidée de réfrigérans, a guéri quelques malades. MM. Pelletan, Boyer, Roux, Dupuytren, etc,, rapportent d'autres faits semblables qui établissent indubitablement l'efficacité de cette méthode (1). Toutefois l'histoire de ces observations intéressantes, que j'ai lues avec attention, démontre la difficulté de son application : la lenteur extrême avec laquelle elle agit (elle exige souvent des années), la douleur, l'irritation considérable qu'elle produit dans certains cas, et d'autres inconvéniens encore rendent son emploi inadmissible. D'ailleurs ce procédé a échoué bien plus souvent qu'il n'a réussi.

M. Roux, qui assurément a raison de montrer de la gratitude envers la compression, puisque par l'application qu'il en fit pendant trois ans, il réussit à effacer une tumeur développée sur le front de sa fille, s'exprime d'une manière trop générale peut-être, puisque Abernethy (2), Averil, etc., ont guéri des tumeurs érectiles des membres par la compression. «La compression, dit le professeur Roux (3), sur la tumeur même, ne peut être exercée avec avantage, et avec quelques probabilités de succès, qu'autant que cette tumeur repose sur des parties solides qui peuvent ser-

---

(1) *Lisez* Maunoir, Walther, Brodie, Bateman, Pelletan, J. Bell, Boyer, Lawrence, Monteggia et Dupuytren.

(2) *Abernethy's Surgical Works*, vol. II, p. 220. *London*; 1819.

(3) *Relation d'un voyage à Londres*, page 246.

vir de point d'appui. Il faut aussi que cette compression puisse être exercée à un degré assez considérable sur toute la surface de la tumeur, au-delà même de sa circonférence, et s'il se pouvait jusque sur les branches artérielles qui alimentent cette tumeur. » Du reste, la compression est surtout applicable pour des tumeurs peu volumineuses. Nous montrerons plus tard les grands avantages des caustiques dans ces cas. La compression est à peine préconisée aujourd'hui ; les inconvéniens que nous avons seulement indiqués, en sont sans doute la cause.

§. II. *Réfrigérans* (1). — John Abernethy ayant remarqué de la chaleur dans les tumeurs érectiles, se proposa d'en soustraire une partie ; et par l'application de compresses de linges imbibées d'eau de rose et d'une solution d'alun, il eut le bonheur de guérir une tumeur érectile de la paupière supérieure et de l'orbite. La science possède peu d'opérations plus heureuses ; aussi peut-on, ce me semble, la considérer comme insolite. Ce procédé, à cause de ses revers, ne doit pas nous occuper davantage.

§. III. *Ligature.* — La forme ordinaire de ce genre de tumeurs permet rarement l'application d'une ligature à leur base. Pourtant quelques exemples de tumeurs érectiles pédiculées sont cités par M. A. Petit, de Lyon (2), par M. Walther, par M. Maunoir, etc., et elles furent guéries par la ligature de leur col. Les excroissances dont parle Saviard (3), et qu'il détruisit par la ligature de « leur col fort menu », *contre l'avis de tous les médecins*, étaient aussi vraisemblablement des tumeurs analogues. M. A. Petit pratiqua la ligature d'une tumeur érectile pulsative que portait Anne Vachot, en 1791. Les ligatures n'étant point assez serrées, la tumeur se gonfla, devint extrêmement

(1) *Op. cit.*, page 222.

(2) Saviard, *Obs. chir.*, p. 516, obs. 114. Paris, 1700.

(3) Voyez *Oper. cit.*

douloureuse, donna lieu à une hémorrhagie, etc. (Voyez *Obs. cliniques*, p. 364. Lyon, 1815). Le succès ainsi obtenu par la ligature suggéra à M. White, de Londres, l'idée ingénieuse d'une méthode opératoire qui suppléerait, dans l'absence d'une forme pédiculée, à la méthode ordinaire de la ligature. — En attribuant cette opération à M. White, je suis peut-être injuste envers J. Bell ou d'autres (1), car on lit dans l'ouvrage de ce dernier la phrase suivante : « Les plus saillantes de ces tumeurs peuvent être détruites par la ligature ; celles qui sont plus plates et qui ont une base plus large peuvent être anéanties en passant une aiguille armée d'un double fil au-dessous et au milieu de la tumeur, puis en liant chaque moitié par les deux fils ; mais le moyen le plus sûr est l'excision. » (2)

Il est évident que Bell avait au moins connaissance de cette opération, si même il ne l'avait pas pratiquée (3). M. Lawrence, en 1827, donna lecture d'un mémoire sur le traitement des *nævi materni* par la ligature, à la Société Méd.-chirurgicale : il rapporte quatre guérisons par ce procédé. L'opération paraît fort douloureuse : un des malades, un enfant, éprouva des convulsions, accident qui est également arrivé en pareille circonstance, dans la pratique d'Averil de Cheltenham, ainsi que l'assure M. C. Turner. M. Lawrence (4) cependant paraît peu frappé de ces inconvéniens, car dans son cours de chirurgie de 1830, il affirme avoir opéré dans beaucoup de cas sans avoir encore rencontré de danger attaché à la ligature ; il ajoute même qu'il l'a employée dans les tumeurs étendues qu'il n'osait point exciser. Toutefois M. Lawrence a depuis abandonné

(1) Suivant Hutchinson, cette opération appartient à Allisen, de Liverpool.

(2) John Bell, *Op. cit.*

(3) *Medico-Chirurg. Transactions*. Vol. XIII. 1827.

(4) *Lond. Med. Gaz.*, vol. VI. 1830. ; voyez aussi son cours. *Lancet*, p. 570. Lond. 1829.

cette méthode; il en préconise maintenant une autre qui nous occupera plus tard. — M. Brodie, deux ans après M. Lawrence, communiqua à la même Société une observation de tumeur érectile du front, développée à la suite d'un coup, et traitée par la ligature suivant le procédé décrit : l'opération fut très-douloureuse; on eut recours à la saignée dix fois, etc. Après la chute des ligatures on appliqua de l'acide nitrique sur la plaie, et la malade fut guérie. M. Brodie prétend que son opération était la quatrième que la science possédait; il se trompe; M. Lawrence lui seul l'avait déjà faite quatre fois, et d'autres exemples s'en rencontrent ailleurs.

M. Brodie suit encore aujourd'hui cette méthode : il y a peu de jours qu'un de mes amis l'a vu faire la ligature d'une pareille tumeur. Il enfonça deux épingles employées pour le bec-de-lièvre, à angle droit, dans la tumeur, et serra la ligature sur elles. L'opération causa de très-vives douleurs.

M. C. Turner rapporte que M. Averil fut obligé d'avoir recours aux caustiques après l'application d'une ligature, pour la guérison d'un petit nœvus du nez. — M. C. Turner, qui paraît avoir été témoin des inconvéniens des ligatures, veut qu'on les abandonne entièrement. J'ai connaissance de plusieurs cas d'insuccès de ligatures. mais je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'en parler davantage : disons seulement que l'opération est très-douloureuse, quelquefois dangereuse, qu'elle produit une plaie et une cicatrice toujours en proportion du volume de la tumeur; qu'il est difficile d'embrasser la totalité du mal, ce qui rend alors probable la récidive, à moins que l'on ne détruise le mal par une seconde opération ou par d'autres remèdes, comme on le fait le plus souvent. Or, nous voyons de grands avantages à faire usage d'un traitement plus doux et plus sûr. Toute-

(1) *London Med. Gazette*, vol. VII, p. 444. 1831.

fois la ligature a été déjà employée par beaucoup de chirurgiens anglais, et *souvent avec bonheur*. Si elle est plus douloureuse, elle est moins périlleuse peut-être que le bistouri, et beaucoup moins effrayante pour les malades, etc. Cette opération aurait mérité tout au moins une mention dans les ouvrages de Boyer, dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, et surtout dans la sixième édition du *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper (1).

§. IV. *Ligature des vaisseaux.* — Ayant observé le grand rôle que jouaient les artères dans cette maladie et dans

---

(1) On pourrait adresser des reproches à ce savant auteur, qui réimprime si souvent son utile Dictionnaire sans faire connaître les progrès récens de la chirurgie, et surtout parce qu'il renvoie à un autre ouvrage (*Outlines of Surgery*), pour plusieurs articles fort importans qu'il juge convenable d'exclure du Dictionnaire. Certains livres élémentaires méritent des reproches encore plus grands. Il m'a toujours semblé de la plus haute importance de signaler les fautes de ces petits ouvrages qui, par la modicité de leur prix et par leur brièveté attrayante, manquent rarement d'obtenir parmi les jeunes gens des acheteurs confians. Cependant les Manuels échappent trop souvent à la critique sévère dont ils seraient passibles. L'auteur d'une publication toute récente de ce genre (*) me faisait espérer, par sa préface, qu'il s'était donné une peine bien louable pour nous exposer l'état de la science, etc. Mais le seul chapitre que j'y ai lu est précisément des plus incomplets; ce qui prouve, pour cette fois au moins, que notre auteur n'a fait que suivre la route ordinaire des fabricateurs de Manuels. « White dit avoir passé une aiguille à travers une masse érectile volumineuse, et en avoir lié, avec succès, les deux moitiés. Mais ce procédé ne permet pas de s'assurer qu'on ne laisse aucune portion de la tumeur, et expose à l'hémorrhagie et à la dégénérescence du mal. » Voilà tout ce qu'on trouve sur la ligature, mais c'est bien assez, puisqu'il est évident que l'auteur ignorait complètement le résultat de l'expérience, et que ses réflexions lui étaient suggérées par son imagination. — Cet auteur ne paraît pas même avoir d'idées claires sur la nature des *anévrysmes par anastomoses*. « On les confond généralement, dit-il, avec les tumeurs érectiles dont ils sont au moins la complication, ou du moins la terminaison la plus fréquente. » (Page 199). — Il serait d'ailleurs assez difficile de se former, d'après cet auteur, une idée des diverses méthodes employées pour traiter les tumeurs érectiles.

(*) *Manuel de Méd. opératoire*, par M. Malgaigne. Paris, 1834.

quelques cas où son étendue, ainsi que son siège, n'en permettaient point l'éradication, les chirurgiens furent portés à lier les artères nourricières que l'œil et le doigt distinguaient très-facilement. Ainsi l'idée qui dicta cette opération était la diminution de la circulation à travers la tumeur, ou bien l'oblitération des vaisseaux par la coagulation du sang. On lit dans l'ouvrage de J. Bell, qu'un chirurgien, consulté pour une tumeur située sur la paupière supérieure, aperçut les artères temporale et orbito-frontale très-volumineuses (il croyait à la vérité que la tumeur était un petit anévrysme). Il lia d'abord un des vaisseaux : la tumeur présentant toujours des battemens, il fit alors la ligature de l'autre : cependant la tumeur resta stationnaire; le chirurgien y fit une ouverture, beaucoup de sang en sortit que la compression arrêta; enfin J. Bell enleva cette tumeur et guérit le malade.

La ligature des vaisseaux, rejetée entièrement par J. Bell, a depuis souvent été employée et suivie de succès variables. M. Hervez de Chegoin, dans son mémoire, a fait un relevé des opérations de ligatures d'artères, de manière à mériter les éloges de M. Bégin, qui l'a beaucoup copié; mais la vérité m'oblige à remarquer que M. Hervez a cité un trop petit nombre de faits; de plus il les cite souvent à faux, et nécessairement alors ses conclusions sont inexactes. Ainsi pour avoir l'état de la science, il faut bien se garder de puiser dans cette source. Du reste, ce que je viens d'annoncer, je vais le prouver en quelques mots.

D'abord pour le nombre, M. Hervez ne parle que des opérations suivantes : celles de MM. Williams, Travers, Dalrymph (c'est-à-dire Dalrymple), Lallemand, une seule de M. Wardrop, de Pelletan, du docteur Mussey de Damsouth, (c'est-à-dire Dartmouth), de Brendt, de Lawrence, de M. Dupuytren, et deux opérations de M. Roux.

M. Hervez dit que « M. Roux tout récemment, et encore pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite, mais qui s'étendait un peu sur la tempe, a lié aussi l'artère carotide primitive,

et la maladie a été réduite à la partie qu'occupait la fosse temporale. » (*Op. cit.*, p. 119).

M. Roux vient de me dire qu'il ne sait point quel a été le résultat définitif de cette opération; la tumeur avait certainement diminué dans l'orbite, mais elle n'avait point disparu. M. Roux perdit de vue ce malade peu de temps après l'opération. Ainsi il faut considérer le cas comme incertain.

M. Hervez de Chegoin tombe dans une erreur grave quand il nous assure que « le même chirurgien (M. Roux) a fait disparaître une tumeur fongueuse sanguine de la joue et de la lèvre supérieure, en liant les artères labiales et sous-orbitaires. » (Page 119). — Or, voici les détails que je tiens de l'opérateur lui-même : Pour une tumeur érectile de la joue et des lèvres, M. Roux lia les artères labiale, faciale externe et transversaire de la face; puis, avec un instrument bien combiné, M. Roux comprima la surface externe et interne de la joue en faisant porter la compression surtout à la circonférence de la tumeur : ce moyen mécanique produisit de l'inflammation qui fit suppurer çà et là la tumeur; et soit par la ligature des artères, soit par l'inflammation, la tumeur diminua considérablement et permit alors son excision, qui fut suivie de succès. — M. Hervez raconte aussi que M. Roux a lié l'artère brachiale pour la guérison d'une tumeur érectile du poignet droit, développée dans le radius : il promit de donner le résultat de cette opération, et je l'apprends de M. Roux : elle fut suivie d'une heureuse terminaison.

M. Hervez nous assure que M. Mussey n'a pu flétrir une tumeur fongueuse de la fosse temporale par la ligature des troncs carotidiens. Si M. Hervez a bien compris son autorité (M. Williaume, de Metz), c'est peut-être ce dernier chirurgien qu'il faudrait accuser de négligence; le docteur Mussey, de Dartmouth, lia les deux carotides primitives pour une tumeur du sommet de la tête, et non de la tempe.

C'est parce que M. Hervez parle beaucoup de la difficulté de guérir les tumeurs de la région temporale, que je corrige cette erreur. — Suivant M. Hervez, il y aurait égalité de succès et de revers dans cette opération.

Voilà pour la ligature des artères. Et sur d'autres points, M. Hervez s'expose à la critique. Ainsi cet estimable praticien nous dit à la page 122 : « Non-seulement l'incision, mais l'extirpation même des tumeurs fongueuses sanguines des membres a toujours été inutile. La maladie a repullulé aussi souvent que la partie affectée a été enlevée. » Cette opinion (que l'histoire des opérations réfute) est contredite par l'auteur lui-même à la page 125, où il ajoute foi à une observation de M. Maunoir. « Le même chirurgien (Maunoir) rapporte l'observation d'un *nævus maternus* placé sur le coude d'une jeune personne, faisant saillie de huit à dix lignes, occupant la partie inférieure du bras et la partie supérieure de l'avant-bras, et qu'il enleva avec succès, car après sept ans la maladie n'avait pas reparu. » L'application du cautère actuel n'appartient point à M. Maunoir, mais bien à Morin, etc.

Telles sont les erreurs les plus palpables du mémoire de M. Hervez de Chégoin, erreurs qui commencent à circuler dans la science.

M. Velpeau me paraît avoir aussi traité inexactement ce sujet; il cite mal les faits, et puisque son opinion a de l'importance, je ferai quelques observations sur l'endroit de son livre où il parle des tumeurs érectiles. « Comparant, dit M. Velpeau, les tumeurs érectiles aux anévrysmes, il était naturel de chercher à les guérir par la ligature des artères qui s'y rendent. Pelletan a le premier tenté cette méthode pour une tumeur variqueuse qui occupait la partie latérale et un peu postérieure du crâne, mais il ne put découvrir l'artère occipitale, et son opération resta par conséquent incomplète...... J'ai dit plus haut (voyez *ligatures des carotides*), que MM. Travers, Dalrymple, Arendt

avaient guéri chacun une tumeur érectile de l'œil (mieux de l'orbite), en liant la carotide du même côté, et que M. Pattisson n'avait pas été moins heureux chez un jeune homme affecté d'une maladie semblable située derrière la joue. M. Roux en a retiré aussi quelque avantage chez un sujet auquel il a lié l'une des artères faciales pour un fongus des lèvres. D'autres praticiens ont échoué cependant en se comportant de la même manière. Une tumeur de ce genre qui avait envahi le pouce ne fut point arrêtée dans sa marche par la ligature des deux artères de l'avant-bras que pratiqua Hodgson. C'est en vain aussi que M. Dupuytren a lié la carotide pour une masse érectile de la conque de l'oreille droite, chez un homme adulte. Pendant quelques jours on put espérer un succès complet, mais bientôt la tumeur revint à son état primitif. On aurait donc tort de regarder ce moyen comme immanquable. » (1).

C'est ainsi que cet écrivain s'exprime sur cet important sujet ! — Nous voyons dans ce passage plusieurs choses à relever, et d'abord Pelletan n'est pas le premier qui ait pratiqué la ligature des artères : John Bell cite de pareilles opérations ; Pelletan a lié l'artère occipitale, mais il ne put entourer la temporale, etc.

Je ne saurais deviner où M. Velpeau a puisé sa description ; j'ose affirmer que ce n'est pas aux sources. On ne peut pas attribuer « la guérison de la tumeur érectile de l'œil » (c'est-à-dire de la paupière supérieure), à la ligature de la carotide primitive, que pratiqua M. Arendt, puisque ce chirurgien fut obligé, pour arrêter l'hémorrhagie, d'y faire des incisions, et d'appliquer douze ligatures, etc. Toutefois je présume que M. Velpeau parle du même fait ; car j'ai vainement cherché dans les journaux allemands d'autres observations de ce genre propres au médecin russe ; du reste, voilà encore l'inconvénient de

(1) *Médecine opératoire*, articles *Nœvus*, *Tumeurs érectiles*, etc.

ne pas citer les autorités. Le fait qui appartient à M. Roux est très-inexactement reproduit. La tumeur traitée par M. Lawrence siégeait au doigt annulaire et non au pouce. Enfin la conclusion de cet exposé : l'on aurait tort de considérer cette opération comme *immanquable*, est très-vague et peu digne de ce savant et estimable auteur.

Je vais maintenant rappeler brièvement les observations de ligatures de vaisseaux pour la guérison des tumeurs érectiles; ce sera le véritable moyen de faire apprécier la valeur de cette méthode.

Pelletan (*Op. cit.*), pour une tumeur érectile de la tête, de la joue et de l'oreille, que portait la fille Micard, essaya de faire la ligature de l'artère temporale à son origine : on ne peut le louer de son habileté, car il aveue lui-même qu'il ne put y parvenir; il traversa seulement l'artère par l'aiguille; il lia ensuite une partie du vaisseau; alors il attaqua, mais d'une manière très-grossière et peu chirurgicale, l'artère occipitale également dilatée; il lia toutefois ce vaisseau. Ce malade éprouva plusieurs hémorrhagies, les unes résultant des ligatures, et les autres causées par la rupture de la tumeur elle-même; la mort arriva le 14.e jour de l'opération; et, suivant MM. Dupuytren et Breschet, elle eut pour cause une angéite. On trouva du pus dans les vaisseaux.

Nous avons déjà vu que ce fait a été très-mal rapporté : comme l'opération fut pratiquée fort grossièrement, il convient, ce me semble, d'en tenir peu de compte. Au reste, il y aurait peu à espérer de la ligature d'une branche de l'artère temporale, car il n'est nullement certain que le tronc ait été lié. On doit dans ces cas entourer la carotide d'une ligature, comme nous le dirons plus tard.

Nous devons à M. Travers (1) la première opération de la ligature d'une artère volumineuse éloignée de la maladie.

---

(1) *Medico-chirurg. Transact.*, vol. II, p. 1.re *London*, 1809.

En effet, M. Travers lia en 1809 l'artère carotide primitive chez François Stoeffel, âgé de 34 ans, et affecté d'une tumeur érectile de l'orbite. Un succès complet récompensa la savante habileté du jeune chirurgien.

Trois années plus tard (1), M. Dalrymple, de Norwich, suivit l'exemple de M. Travers pour une tumeur à-peu-près analogue de l'orbite, chez une femme de 44 ans; l'opération fut également couronnée d'une heureuse terminaison (2).

M. Wardrop (3) a deux fois pratiqué la ligature des carotides primitives pour des tumeurs érectiles de la face. Son premier malade, un enfant de six semaines, succomba épuisé par des hémorrhagies et la suppuration, le 14.e jour de l'opération. — M. Wardrop assure que la tumeur avait déjà beaucoup diminué. L'autre enfant, âgé de cinq mois, opéré de la même manière et pour une maladie semblable, guérit parfaitement; car dix mois après rien ne restait de cette tumeur érectile pulsative.

Pour une tumeur érectile de l'oreille, de la tempe, etc., M. Dupuytren (4) lia la carotide primitive du même côté; on avait déjà lié, inutilement ici, les artères temporale, occipitale et auriculaire. On crut, pendant quelques jours, que la marche de la tumeur était arrêtée; mais quelque temps suffit pour détruire cette espérance, le mal augmenta et enfin entraîna le malade. Pour un cas presque analogue, dont le sujet était un homme de 22 ans, M. Wardrop lia l'artère carotide primitive : la tumeur di-

---

(1) *Med.-chirurg. Trans.*, vol. VI, p. 3. *London*.

(2) Je ne sache point que M. Dalrymple ait publié l'observation de la seconde opération de la ligature de la carotide commune, qu'il paraît avoir tentée envain pour la guérison d'une tumeur érectile, ainsi que M. Breschet l'a appris de M. Hodgson. (Voyez *Malad. des artères*, *Op. cit.*, T. II, p. 82).

(3) Voyez *Lancet.*, cit. 1827.

(4) Breschet, *Maladies des artères*, etc., p. 300. 1819.

minua considérablement, mais le malade mourut quelques mois après par suite d'abcès. Encore ici on avait tenté la ligature des artères temporale, frontale, etc.; mais, sans rien y gagner (1). M. von Walther appliqua une ligature sur la carotide externe gauche d'un jeune homme de Francfort, pour la guérison d'une tumeur érectile de la tempe; la maladie diminua après l'opération, mais bientôt elle reprit sa marche. Walther, s'apercevant que les artères occipitales droites grossissaient, proposa d'entourer la carotide droite, mais le malade s'y refusa. Dans la nouvelle édition de l'excellent ouvrage de l'anatomie du col, d'Allan Burns, Le professeur Pattisson rapporte (2) qu'il guérit une tumeur érectile volumineuse de la face, par la ligature de la carotide primitive. Le docteur Davidge de Baltimore a lié aussi la carotide primitive pour une tumeur de la joue, qui suppura après cette opération; mais le malade mourut de trismus six semaines après, et ainsi on ne peut dire quel en aurait été le résultat (3).

M. S. Cooper (4) assure que M. Maunoir de Genève oblitéra l'artère carotide pour la guérison d'une tumeur érectile, mais infructueusement. Dans le même ouvrage on apprend que le docteur Maclachlan lia la carotide pour une tumeur érectile du cuir-chevelu; mais le malade succomba. On trouva les vaisseaux très-dilatés, et formant des vraies varices.

Le D.r M'Clellelan (5) appliqua une ligature sur l'artère carotide droite, pour la guérison d'un énorme anévrysme par anastomose, qui occupait presque tout le côté droit de la face d'un enfant de huit mois. Bientôt après l'opération, la tumeur diminua et changea de couleur, etc. Cette ob-

(1) *In Seimen Journal*, cit. B. 243. B. v.
(2) *Surgical anatomy of the head and neck*, p. 484. 1824.
(3) *Ib. Ib.*
(4) *Surgical Dict.*; 1830, art. *Aneur. per anast.*, p. 185.
(5) *Lancet London*, 1827, p. 714. Extr. du *Journ. de Philadelphie.*

servation est malheureusement incomplète, puisque je ne trouve point que les journaux anglais en aient donné la fin. C'est un bien grand tort des journaux d'attirer l'attention des médecins sur des opérations dont on ignore le résultat. C'est aussi un moyen peu digne qu'emploient certains chirurgiens; qui ont bien plus à cœur leur intérêt propre que celui de la science. Aussitôt qu'ils déposent le bistouri ils courent vite à la plume, donnent la description d'une grande opération, etc., promettent toujours de compléter l'histoire; mais si le succès ne l'a pas couronnée, comme il arrive trop souvent, c'est leur silence seul qui nous l'apprend. Ce système régne aussi dans quelques sociétés savantes : tout le monde s'en aperçoit, mais personne ne s'en plaint.

M. Pattisson nous apprend aussi que le docteur Hall guérit une tumeur développée dans l'antre d'Hygmore, par la ligature de l'artère carotide primitive (1).

M. Arendt (2) a publié un cas fort intéressant (qui, nous l'avons déjà remarqué, a été très-mal rapporté) de tumeur érectile à la paupière supérieure chez un soldat. Le malade ayant reçu un coup sur la tumeur, celle-ci augmenta tellement et si subitement de volume, que ce chirurgien se vit obligé de pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive pour empêcher l'hémorrhagie que faisait craindre la rupture imminente des tégumens, accident qui arriva pendant l'opération, et qui, malgré la ligature du tronc vasculaire, donna lieu à une perte considérable de sang. Le lendemain, M. Arendt fit une incision cruciale dans la tumeur, appliqua douze ligatures et pansa la plaie avec de la charpie, de l'alun, etc. Plusieurs hémorrhagies eurent encore lieu; mais, au bout de quatre mois, le malade fut complètement guéri.

Delpech lia l'artère carotide pour une tumeur formée par

(1) *Burn's Anatomy*, cit.
(2) *Lancet*, p. 618. *London*. 1829.

l'hypertrophie des vaisseaux des fosses nasales. La tumeur diminua d'un tiers et fut arrêtée dans ses progrès ; mais tous les vaisseaux dilatés ont conservé leur perméabilité ; le sang ne s'est coagulé dans aucun. On voit cependant que, dans ce cas, la ligature n'a pas été inutile. » *Voy.* Hervez de Chegoin p. 147, *Op. cit.*

Le docteur Mussey, professeur au collège de Dartmouth a pratiqué successivement, et à la distance de douze jours, la ligature des deux carotides primitives pour la cure d'une tumeur située au sommet de la tête. Ces opérations réduisirent la maladie à un tiers de son volume ; mais le mal commençait encore à s'étendre ; alors M. Mussey entreprit l'excision ; mais nous parlerons plus loin de cette opération hardie (1).

M. Willaume de Metz a également échoué dans la ligature de la carotide primitive pour une tumeur érectile à la tempe (2). J'ai vu ce malade dans le service de M. Larrey, et à l'Hôtel-Dieu, où il fut envoyé par ce célèbre chirurgien pour avoir l'opinion de M. Dupuytren sur la nature de la lésion. Le diagnostic était difficile ; cependant j'ai toujours cru, avec le professeur de l'Hôtel-Dieu, qu'il s'agissait d'une tumeur érectile, opinion partagée par M. Williaume.

Je viens d'apprendre que M. King de Bristol a lié les artères temporales pour une tumeur érectile de la paupière supérieure, mais sans succès.

M. Syme d'Edimbourg (3) a lié infructueusement l'artère auriculaire postérieure dilatée, pour la guérison d'une petite tumeur érectile, pulsative, située derrière l'oreille. Ce chirurgien distingué eut recours, et avec succès, à l'excision. M. Brodie (4) cite aussi un cas qui montre l'ineffi-

(1) *London Medical Gaz.* T. VI, p. 75. 1830.
(2) *Mémoire de M. Hervez*, cit.
(3) *London Lancet*, p. 596. 1829.
(4) Voyez *Journ. med. chir.*, cit.

cacité de la ligature des branches artérielles voisines de la tumeur. M. Hodgson ne put guérir non plus une tumeur érectile du doigt annulaire, en liant les deux artères radiale et cubitale. M. Lawrence, dans ce cas, fit l'incision circulaire des tégumens, etc.

M. Dupuytren, dans l'année 1819, lia l'artère crurale, pour une tumeur érectile développée dans l'extrémité inférieure du fémur. (1) L'effet de cette opération fit espérer la guérison de la maladie; mais, sept ans après, le patient revint au célèbre chirurgien pour se faire couper la cuisse, opération que j'ai vu pratiquer, et suivie, si je ne me trompe, de succès.

M. Chelius, (2) dans son *Manuel de Chirurgie*, raconte qu'il vit pratiquer inutilement la ligature de l'artère crurale, pour la cure d'une tumeur érectile du genou; on eut après recours à l'amputation du membre.

Dans l'année 1826, M. le professeur Lallemand (3) eut le bonheur de voir la ligature de l'artère fémorale couronnée de succès, pour une tumeur érectile située à la partie supérieure du tibia. Cette observation, si intéressante, a fourni l'occasion à M. Breschet d'ajouter quelques observations aux réflexions du savant professeur de l'école de Montpellier. M. Breschet insiste sur la priorité de l'opération de M. Dupuytren (4), « que nous devons regarder comme ayant le premier reconnu la nature du mal et comme ayant aussi le premier conseillé, par son exemple, l'emploi du meilleur moyen curatif. » Je crois aussi que M. Dupuytren a le mérite d'avoir le premier employé la ligature d'une artère pour une tumeur érectile développée dans le parenchyme osseux; mais je ne chercherai point, assuré-

---

(1) Breschet, *trad. de Hodgson*, cit.

(2) *Handbuch der Chirurgie*, B. I, B. 884. Heidelberg, 1826.

(3) Lallemand et Breschet, *Obs. et réflex. sur une tumeur anévrysmale*; in-4.°, p. 20. Paris, 1827.

(4) *Oper. cit.*, p. 26.

ment, à relever des exagérations et même des contradictions palpables renfermées dans les intéressantes observations de M. Breschet ; je dirai seulement que Scarpa (1) et Pierson avaient indubitablement déjà décrit cette maladie dans les os. Honoré de l'amitié, et connaissant l'intégrité de M. Lallemand, je suis bien convaincu qu'il n'avait point présent à la mémoire le cas de M. Dupuytren; (qui ne se trouve point dans la nouvelle édition de Sabatier, édit. Sanson;) car sa bonne foi le distingue autant que l'éminence de son talent. M. Roux, comme nous l'avons remarqué, a guéri également une tumeur érectile du radius, par la ligature de l'artère brachiale. Ainsi donc M. Dupuytren a démontré l'analogie qui existe entre les tumeurs des parties molles et celles du tissu osseux, et leur a appliqué le même traitement. La science possède encore peu d'obsevations de ce genre ; les chirurgiens ne doivent point laisser échapper les occasions de l'enrichir.

Ainsi donc, si nous jetons un coup-d'œil en arrière, nous verrons combien il est difficile d'expliquer le succès variable de la ligature des artères, tant nos connaissances anatomiques de la maladie sont imparfaites. Cependant, l'expérience nous permet de conclure qu'on peut regarder comme inutile l'oblitération d'une ou deux branches artérielles voisines de la tumeur, car les anastomoses des vaisseaux rétablissent promptement la circulation ordinaire, etc. C'est pour cette raison que quelques chirurgiens ont songé à diviser la circonférence de la tumeur, afin de couper un grand nombre de vaisseaux et ainsi d'empêcher la circulation. En agissant sur les gros troncs artériels, nous avons vu plusieurs fois la guérison en résulter; mais nous

---

(1) *Singolar caso d'aneurisma,* page 103 dans son grand ouvrage *Sull' aneurisma*, etc., avec une planche. *Pavie*, 1804. —*Voyez* aussi Scarpa, *Sull' aneurisma detto per anastomosi;* et *Annali universali di Medicina*, *del* D.r Omodei, 54 vol. P. 50. *Milan*, 1830.

ne voulons pas hasarder des opinions sur la cause des succès dans un cas, et de non-réussite dans un autre ; nous craindrions d'égarer plutôt que d'éclairer nos lecteurs : mieux vaut attendre de nouvelles bases sur lesquelles puissent se fonder nos opinions. Pourtant M. Hervez de Chegoin a été frappé du succès de la ligature de la carotide, pour les tumeurs de l'orbite, et de l'insuccès de cette même opération pour les tumeurs de la tempe. « A quoi tient cette différence ? » Dira-t-on que, malgré les communications larges et nom» breuses de l'artère ophthalmique à la partie postérieure avec » les artères du cerveau, ses anastomoses extérieures se font » par des extrémités extrêmement fines, et que c'est sur» tout par ces anastomoses que la maladie est entretenue ? » Je n'ose rien décider. Je m'arrête seulement au fait, » parce qu'il est exact et important. M. Roux, à qui je com» muniquais cette remarque, m'a dit qu'elle l'avait frappé » également, et l'explication que je viens d'en donner lui » appartient. »

M. Pattison pense qu'il est aussi aisé de guérir une tumeur érectile de la face par la ligature de la carotide que d'obtenir la cure d'un anévrysme par la méthode de Hunter ou plutôt d'Anel. Sans prétendre soutenir cette opinion que l'histoire repousse, les succès de ces opérations tendent à rendre l'explication, entrevue par M. Roux, de plus en plus incertaine.

Il nous semble vraisemblable aussi que les tumeurs aux tempes et au crâne doivent résister souvent à la ligature d'une seule artère carotide, à cause de la facilité de communication de ces vaisseaux des deux côtés; ce fut pour remédier à ce fait que le professeur Walther proposa l'oblitération des deux troncs carotidiens, et la même raison engagea M. Mussey à pratiquer cette opération.

Toutefois, si la ligature ne réussit pas constamment, on ne peut l'accuser d'avoir exaspéré le mal; elle a été, au contraire, ordinairement suivie d'une légère amélioration.

Ainsi, le chirurgien employera cette opération : 1° dans l'espoir de guérir complètement la maladie; 2° dans l'espérance de prolonger la vie du malade en arrêtant la marche de sa maladie, ou en éloignant les dangers des hémorrhagies existantes ou imminentes, etc. 3° Comme opération préliminaire qui rendra l'exécution d'autres méthodes possibles. Voilà ce que la pratique me paraît établir, voilà la route que l'on peut suivre aujourd'hui dans certains cas graves.

§. V. *Excision.* — Depuis Jean L. Petit et John Bell, qui considéraient l'excision comme la seule opération convenable pour cette maladie, elle a toujours eu un grand nombre de partisans; aujourd'hui même les chirurgiens en général la préfèrent, ainsi qu'on peut s'en assurer en jetant un coup-d'œil sur les principaux ouvrages qui se trouvent indiqués au bas de la page (1).

La plupart des auteurs que je viens de citer, et dont je pourrais facilement grossir la liste, sont presque exclusivement partisans de l'excision. L'expérience de Petit, de Bell, de Wardrop, de Roux, de Walther, de Dupuytren, etc., a démontré le danger d'enlever une partie seulement de la maladie, car on s'expose à de graves hémorrhagies, ou bien

---

(1) J. L. Petit, *OEuvres chirurg.*, T. I. — Callisen, *Systema chir. hodiernæ*, p. II, cap. 296. 1800. — John Bell's, *Works. cit.* Vol. I, p. 463. 1801. — G. B. Monteggia, *Istituzione.* Op. cit. Vol. I, p. 221. — Lassus, *Pathologie chirurg.*, T. II, p. 476. 1805. — Boyer, *Op. cit.*, T. III. — Joseph Hodgson, *Treatise on the diseases of arteries*, p. 443. *London*, 1815. — *Voyez* aussi Breschet, *trad. de Hodgson.* — Richerand, *Nosographie chirurg.*, T. IV, p. 260. 1821. — Chelius, *Handbuch der Chirurgie.* Cit. p. 883. — Rust's, *Theoretisch Handbuch.* Cit. — *Dict. de S. Cooper.* Cit. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu.* Cit. T. IV. — Scarpa, *Op. et mém. cit.* — Maunoir, *Op. cit.*, p. 89. — — Guthrie, *Treatise on the arteries.* — J. A. L. Casa Mayor, *Réflex. et observations sur l'anévrysme.* 1825, 4 p. — Walther, *in Seinem Journal.* Cit. B. v, B. 240. 1825. — *Voyez* aussi les *Dictionnaires de médecine*, art. *Érectile* et *Tumeur.* — Velpeau, *Op. cit.*, 258. 1832. — Hervez de Chegoin, *Journal hebdomadaire.* Cit.

à la voir récidiver. Il est donc bien important d'exciser la totalité du mal ou de ne point employer le bistouri. Or, qui ne voit l'impossibilité d'agir souvent ainsi ; qui ne voit la perte de substance qui s'en suivrait nécessairement, et qui ne prévoit aussi la difficulté qu'il y aurait quelquefois à déterminer d'avance les limites du mal? M. Walther nous apprend qu'il fut dans la triste alternative de laisser près d'un tiers d'une grosse tumeur érectile de la joue; la maladie récidiva et marcha rapidement.

C'est pour cette raison que souvent les malades ont été abandonnés à leur malheureux sort. Les tumeurs érectiles se rencontrent aussi le plus ordinairement chez les jeunes sujets et dans des parties où il est du devoir du chirurgien d'éviter des cicatrices, etc. Ainsi les paupières, les lèvres, le nez, la face et le col en général, sont le plus souvent affectés. Or, quand les tumeurs sont un peu volumineuses, une grande plaie ou l'excision d'une partie de ces organes même devient indispensable; alors aussi une difformité plus ou moins désagréable en résulterait. Bien que l'excision ait été préconisée depuis long-temps, bien qu'elle ait même réussi dans la grande majorité des cas, il n'est pas moins vrai qu'elle a donné lieu à des accidens d'autant plus tristes qu'ils sont plus rapides. M. Wardrop a eu la franchise de publier l'observation d'une opération de ce genre, pendant laquelle son jeune malade succomba d'hémorrhagie. M. Roux perdit il y a deux ans, à l'hôpital de la Charité, un enfant de quatre mois, avec des circonstances semblables : cet habile chirurgien, qui reconnaît le danger de ces opérations, en avait déjà exposé aux parens tous les risques. A-peu-près vers la même époque M. Roux craignit de voir mourir dans ses mains un autre enfant pendant pareille opération. Ici heureusement le malade échappa au péril. — M. Hervez de Chegoin rapporte deux cas, dont l'un lui est propre, où les malades ont couru de graves dangers. Quelquefois même il est fort difficile d'arrêter le

sang quand l'opération est terminée. M. Hervez de Chegoin appliqua trois fois le cautère actuel après l'excision d'une tumeur à la joue d'un enfant de trois ans, sans pouvoir empêcher le sang de se répandre en nappe. La compression long-temps continuée réussit enfin. N'est-il pas probable que bien d'autres malades opérés par des chirurgiens moins instruits ont dû subir pareil sort ? Mais ne fouillez pas dans les fastes de la science, vous n'y trouveriez rien qui vous dédommage de votre peine ; car ici les opérateurs sont silencieux comme les tombes qui reçoivent leurs malades. Comme notre but n'est d'exagérer ni les dangers ni les difficultés de cette opération, voyons si dans les opérations qui ont été suivies d'hémorrhagies, les règles de l'art ont été convenablement observées. Le grand praticien J. L. Petit (1) nous assure en effet « qu'il n'a jamais vu survenir semblable hémorrhagie après l'excision, que quand elle a été mal faite. » En s'éloignant de la maladie, dit-il, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie ; mais on peut couper encore loin de la maladie, et où il n'y a absolument aucune apparence d'état morbide, et voir arriver cet accident : ainsi M. Roux, qui connaît fort bien l'importance d'inciser à distance du mal, enleva une petite tumeur érectile située à l'éminence hypothénar de la main d'un homme ; et afin de prévenir toute hémorrhagie, cet habile chirurgien se décida à emporter même les muscles qui constituent cette région, et qu'on n'avait aucune raison de croire affectés : malgré l'apparence naturelle de la plaie, malgré la profondeur de l'incision pour une tumeur superficielle, l'hémorrhagie eut lieu et nécessita la ligature des deux artères radiale et cubitale.

M. George Busch excisa une tumeur érectile de la tempe d'un enfant de deux ans et demi, mais le sang coulait en nappe de toute la surface de la plaie ; on la cautérisa avec

(1) *Op. cit.*, p. 232.

le fer rouge ; cependant de nouvelles hémorrhagies déterminèrent M. Busch à la ligature de la carotide externe ; il blâme ceux qui, pour pareilles tumeurs, agissent sur l'artère carotide primitive. M. Busch regrette de ne pas avoir commencé par la ligature, et il a raison.

Le docteur Mussey (1), professeur américain, nous l'avons vu, procéda de cette manière après la ligature des deux carotides primitives. La tumeur diminua de deux tiers de son volume ; mais comme elle reprenait sa marche, il se décida à l'exciser. On peut s'imaginer la gravité de cette opération, quand on saura qu'en rasant les cheveux on aperçut plus d'une vingtaine d'artères grosses comme des plumes d'oie, qui se perdaient dans la tumeur, qui était encore très-étendue ; les veines paraissaient énormes. M. Mussey prit le parti d'entourer la base de la tumeur d'une incision circulaire pratiquée en plusieurs temps, afin de se rendre maître du sang au fur et mesure que l'on procédait. Cette opération dura une heure, et plus de quarante artères furent liées. Malgré cette quantité de ligatures, malgré la compression des lèvres de chaque incision, etc., le malade perdit environ trois livres de sang pendant cette opération si hardie et si laborieuse ; mais l'opérateur eut le bonheur de voir complètement revenir son malade à une santé robuste.

M. Langstaff, praticien fort distingué de Londres, et possesseur d'un cabinet d'anatomie pathologique qui atteste son zèle et son savoir, vient de m'assurer qu'il a excisé un grand nombre de tumeurs érectiles, et toujours heureusement ; mais constamment l'écoulement de sang a été abondant.

(*La suite au prochain Numéro.*)

---

(1) *Lond. Medical Gazette.* Vol. VI, p. 76 ; avec dessin. 1830.

Mémoire sur un cas de rupture du diaphragme, par suite de blessures graves, et sur les questions médico-légales qu'elles soulèvent; par M. DAVAT, *docteur en médecine.*

Trois hommes demi-ivres, revenant gaîment d'une foire, se laissèrent battre par un quatrième ayant également bu, à la suite de quelques propos désagréables qu'ils s'étaient réciproquement adressés. Il y avait plus d'une heure qu'ils avaient été battus lorsqu'ils se présentèrent à moi ; ils avaient employé cette heure à faire une demi-lieue de chemin, distance de chez moi au lieu du combat.

Les deux plus jeunes n'ayant que de petites égratignures et de légères contusions faisaient grand bruit, et leurs criailleries m'étourdirent au point que je les congédiai promptement sans faire attention au plus âgé qui se reposait sans mot dire, assis sur une chaise, la tête appuyée sur ses mains, et les coudes sur ses genoux. Je ne parlai point à ce dernier, croyant qu'il avait pris cette position parce qu'il était plus ivre que les autres. Les deux autres répondirent fort vaguement aux interrogations que je leur fis, et ne me dirent point que l'un d'entr'eux fût tombé sans connaissance sous l'action des coups.

Congédiés, ils se retirèrent : alors celui qui était assis, sa tête toujours appuyée sur ses mains, (1) se leva seul, mais lentement (2), arriva à la porte sans trébucher, et je les perdis de vue jusqu'au lendemain. Pendant tout le temps qu'ils restèrent dans mon cabinet, le sieur J. V. n'eut aucun effort de vomissement ; il ne proféra pas une seule parole,

(1) Cet homme est le sujet principal du cas singulier que nous allons rapporter; son nom est J. V. Il parlait généralement très-peu.

(2) L'expression de sa physionomie, seulement inquiète, n'avait rien de particulier.

et resta constamment dans l'attitude que j'ai décrite. Ses camarades s'arrêtèrent chez moi pendant douze à quinze minutes, pendant lesquelles il ne laissa pas échapper la moindre plainte.

Ils partirent donc, ayant encore une marche d'une grande heure à faire et toujours *en montant :* il était alors près de six heures du soir. (Ce qui suit n'est que la conséquence de ce que j'ai pu recueillir sur ce qui est arrivé à cet homme depuis six heures jusqu'au lendemain matin, où je reprendrai son histoire à neuf heures).

Nos trois hommes s'arrêtèrent en ville pendant plus d'une heure et demie, narrant ce qui leur était arrivé à tous ceux qui voulaient l'entendre; mais ils étaient entourés de plus de curieux que d'observateurs, et personne ne les plaignait. Cependant on remarqua que le sieur J. V., quoique restant debout comme les autres, paraissait absorbé, ne s'agitait point, parlait peu, ou plutôt ne répondait que par oui et non; on assure qu'il eut quelques efforts de vomissemens, mais sans résultat. L'expression de sa physionomie n'avait rien d'extraordinaire; il ne se plaignait pas, n'accusait pas de douleur fixe, et enfin ils s'acheminèrent vers leur hameau.

Mais, à mi-chemin, le sieur J. V. tomba de lassitude et ne se releva plus. On le déposa dans un moulin où il passa la nuit sans connaissance, et le lendemain matin on le transporta chez lui où je fus le voir. (Au dire de ses camarades, il était plus de neuf heures du soir lorsqu'il perdit connaissance, ce qui donne un intervalle de quatre heures entre le moment où il fut frappé et le moment où, s'asseyant de lassitude, il tomba dans le coma; il resta dans cet état jusqu'à son décès).

Les renseignemens que me donnèrent les parens, m'apprirent que le sieur J. V. était d'un caractère paisible et bon, qu'il parlait peu, qu'il buvait quelquefois un peu de vin, mais qu'il en supportait l'effet avec facilité; qu'il était

vigoureux et fort, d'une brillante santé, et qu'il est âgé de trente-six ans.

Introduit auprès du malade, je le trouvai couché sur le dos. Nous le dépouillâmes de ses pantalons qu'il avait encore, et ne lui laissâmes que sa chemise de toile rousse, parfaitement propre et sans aucune tache de nature quelconque. Le corps, en général, est parfaitement conformé. Le système musculaire, très-développé, semble prédominer et se dessine fortement sous la peau. Après l'avoir examiné avec soin, je remarquai que toute la surface externe ne présentait aucune trace de violence extérieure, pas la moindre ecchymose, pas la moindre égratignure, pas la plus légère contusion, pas de trace de sang à l'extérieur; rien, en un mot, qui pût me rendre compte des symptômes alarmans que j'observais; et cependant le cuir chevelu, les parois abdominales, tous les os longs, les côtes en particulier, la poitrine, rien n'a échappé à mes investigations. D'un autre côté, les vêtemens étaient un peu sales, mais la saleté qui les souillait semblait ne s'être déposée que par immersion et non par frottement. Les endroits les plus sales étaient au dos de la veste, en arrière des cuisses sur le pantalon, et les taches s'étendaient circulairement en dégradant; elles étaient le résultat de l'imbibition de l'humidité du fumier sur lequel le malade avait passé la nuit.

Les symptômes annonçaient une hémorrhagie cérébrale, probablement extérieure à la masse encéphalique, car la sensibilité et le mouvement étaient partout conservés, quoique l'immobilité parut complette. Si on pinçait le malade il retirait le membre. La peau était généralement froide; les membres avaient une rigidité marquée, le pouls était petit, misérable. Les paupières étaient entr'ouvertes, l'œil immobile, l'iris dilaté, encore légèrement sensible à la lumière. La bouche entr'ouverte est écumeuse, sans nulle déviation. La respiration était anxieuse, pénible et difficile; les muscles inspirateurs élevaient fortement la

poitrine, mais l'expansion pulmonaire était presque nulle et s'accompagnait du râle des agonisans. (Je ne percutai pas la poitrine.) La déglutition se faisait encore, mais avec grande difficulté; l'écume de la bouche paraissait venir des bronches, elle ne contenait pas la moindre parcelle des matières contenues dans l'estomac. Le ventre, souple, n'avait rien de particulier.... En désespoir de cause, je saignai le malade aux deux bras, mais sans obtenir du sang; on lui appliqua aux mollets de larges sinapismes. Il mourut à une heure après-midi.

Je ne savais si je devais attribuer cette apoplexie mortelle au vin bu ou aux mauvais traitemens auxquels avait été exposé le sieur J. V. On disait bien qu'il avait été frappé, mais on ne savait préciser le point ou avaient porté les coups, ni rapporter quelle était la nature du corps qui avait servi à frapper; et, d'autre part, toute la superficie du corps ne présentait aucune trace de lésion. Quoiqu'il en soit, la justice informée ordonna que l'autopsie du cadavre serait faite judiciairement. J'accompagnais le docteur Mandé à cet effet, et nous fîmes ensemble la recherche des lésions qui avaient causé la mort.

Ces recherches furent faites quarante-quatre heures après la mort.

Ouverture. — Le cadavre est placé sur une table bien exposée au grand jour; les témoins, exigés par la loi, sont tous présens. Nous débarrassons le cadavre du linceul qui l'enveloppe. Ce cadavre est celui d'un homme fait, vigoureusement constitué, et de l'âge environ de trente-six ans.

La rigidité cadavérique est fortement prononcée; les pouces sont fléchis dans la paume de la main et les doigts sur le pouce. Les muscles retractés dessinent vivement leurs formes. Les traits de la physionomie sont réguliers, la bouche n'est point déviée. On ne rencontre aucune trace d'ecchymose, d'égratignure ou de contusion sur toute la su-

perficie du corps. Il y a quelques vergetures cadavériques le long du dos, qui sont le résultat du décubitus du cadavre. (Pendant que nous procédons à la recherche des lésions extérieures, on nous apprend que cet homme avait été frappé à la tête.) Notre attention se porte particulièrement sur le cuir-chevelu dont les cheveux sont longs, rudes et épais; il ne nous offre absolument rien sur toute la surface externe.

Nous l'avons incisé d'avant en arrière et renversé sur les oreilles, et nous avons vu le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent, généralement infiltré par du sang noir sur toute la partie postérieure de la tête, se prolongeant encore dans les interstices des muscles de la région postérieure du cou. Cette infiltration, quoique abondante et étendue, n'avait point rompu les mailles du tissu cellulaire, ensorte qu'elle ne formait nulle part de collection sanguine; elle est limitée entre le périoste du crâne et le derme du cuir-chevelu qui est à peine noirci. Cependant, on voyait sur la bosse pariétale gauche une légère extravasion sanguine longitudinale. Là, le tissu cellulaire est un peu écarté ou déchiré, *mais le tissu chevelu qui le recouvre est sans contusion notable, sans la moindre lésion apparente ou visible,* ensorte que ce n'est point lui qui a fourni l'extravasion sanguine dont nous parlons.

Après avoir enlevé le tissu cellulaire sanguinolent et le périoste, nous vîmes alors deux grandes fractures, l'une longitudinale, l'autre transversale, se réunissant à angle droit sur la bosse pariétale gauche. De ce point de réunion partent plusieurs autres petits rayons fracturés qui s'irradient sur les os environnans jusqu'à la distance d'un à deux pouces. Ce centre de toutes ces diverses fractures présente lui-même une petite fissure communiquant dans la cavité du crâne : c'est par cette ouverture que s'est faite l'extravasion sanguine qui a infiltré le tissu cellulaire sous-péricrânien.

La fracture longitudinale s'étend d'arrière en avant, de-

puis le bord postérieur du grand trou occipital jusqu'au point d'articulation de l'apophyse basilaire avec le sphénoïde ; elle a brisé dans son trajet les os intermédiaires, c'est-à-dire, l'occipital, le pariétal gauche, le frontal et le corps du sphénoïde. Elle passe tout le long du côté gauche, de la grande faux du cerveau, s'en éloignant depuis le trou occipital jusque sur la bosse pariétale gauche, et s'en rapprochant de nouveau de manière à gagner la partie moyenne du corps du sphénoïde ; elle accomplit ainsi un ovale assez complet.

La fracture transversale s'étend de la partie moyenne de la surface d'articulation du pariétal avec le temporal gauche jusqu'au milieu de la portion écailleuse du temporal droit. Sa direction à travers les pariétaux est oblique de gauche à droite. Elle coupe à angle aigu la direction de la fracture longitudinale directement sur la bosse pariétale gauche, passe un demi-pouce plus en avant que la bosse pariétale droite, et se continue pour aller se perdre dans la partie moyenne de la portion écailleuse du temporal droit, qui présente quelques esquilles produites par contre-coup.

Nous avons scié circulairement le crâne : les fractures que nous avons décrites intéressent la totalité de l'épaisseur des os ; il existe au-dessous de la bosse pariétale, entre la dure-mère décollée et les os, un épanchement de sang coagulé dont la quantité peut être évaluée à deux onces environ. Le décollement de la dure-mère peut avoir cinq pouces d'étendue. L'hémorrhagie qui avait entretenu ce foyer était produite par des esquilles qui avaient déchiré probablement les ramifications de l'artère méningée moyenne de la dure-mère. Nul autre épanchement sanguin n'existait à la surface du crâne. Les esquilles de la portion écailleuse du temporal ne s'étaient point déplacées, et la fracture du corps du sphénoïde s'était également faite sans aucune hémorrhagie.

La substance cérébrale n'était lésée dans aucune

partie ; l'hémisphère gauche portait l'empreinte de la dépression qu'il avait soufferte, mais son parenchyme était sans lésion apparente.

Les parois abdominales, examinées à leurs surfaces et dans l'épaisseur des muscles qui les constituent, n'ont présenté ni ecchymoses, ni contusions, rien en un mot.

Le foie, les reins, la rate, toute la masse des intestins sont dans l'état physiologique.

Mais en regardant l'estomac nous remarquâmes que son grand cul-de-sac avait disparu. Une déchirure longitudinale et en lambeau pratiquée à travers le diaphragme, et surtout dans son centre phrénique, lui avait donné passage, ensorte que ce grand cul-de-sac était logé dans la cavité thoracique gauche. Cette déchirure du diaphragme était récente : elle avait deux pouces et demi d'étendue; elle présentait quelques lambeaux flottans, encore sanguinolens, mais ces gouttelettes sanguines étaient tellement peu caractérisées, qu'il serait imprudent, je crois, d'en tirer une conclusion. Le pourtour de cette déchirure n'avait aucune adhérence avec l'estomac hernié; ce dernier comprimait assez cette ouverture, pour que ses bords fussent très peu rouges, ou plutôt blafards ; ensorte que le sang qui en avait coulé était peu de chose. Ce sang s'était du reste mêlé avec les matières épanchées dans la plèvre ; de manière qu'il était difficile de le reconnaître.

L'abdomen ne contenait aucune matière étrangère ; rien n'était épanché dans sa cavité.

La portion de l'estomac hernié dans la plèvre gauche, à travers l'ouverture accidentelle du diaphragme, s'était elle même déchirée dans cette cavité, en sorte que tout ce qui était renfermé dans l'estomac s'y était épanché. Les matières contenues étaient des alimens solides et liquides, n'étant point encore à demi-digérés; ces alimens consistaient en légumes secs, viande, pain, vin, etc. Ils ont rempli deux assiettes à soupe.

La déchirure du grand cul-de-sac de l'estomac existait à la face supérieure; elle avait un pouce et demi d'ouverture; son contour était inégal et comme frangé ; il était rouge, et le sang n'était point coagulé à l'extrémité de ses vaisseaux béans; il suffisait de comprimer à l'entour pour voir suinter le sang, mais en très-petite quantité. Hormis cette ouverture, qui ne présentait rien de plus sur ses bords, l'estomac était à l'état physiologique.

Le sang épanché par cette plaie s'était, comme le sang épanché par la plaie du diaphragme, mélangé avec les matières contenues dans la plèvre; on avait assez de peine pour distinguer les caillots sanguins parmi les alimens qui avaient été noircis par un vin riche en couleur; du reste, peu de sang s'était répandu, car ces caillots étaient petits et assez rares.

Tout le lobe inférieur du poumon gauche avait été refoulé en haut et en arrière, tandis que la surface de la plèvre en contact avec l'épanchement était rouge, vivement infiltrée dans ses vaisseaux capillaires. Cette infiltration était un vrai pointillé sanguin inflammatoire à la surface duquel s'étaient développées çà et là de petites plaques pseudo-membraneuses blanchâtres, mais assez rares.

La vessie contenait une assez forte quantité d'urine.

L'histoire des lésions que nous venons de décrire soulève plusieurs questions importantes que nous allons essayer de résoudre.

1.° Le sieur J. V. a-t-il été frappé vivant ou mort ?

2.° Les lésions observées sont-elles le résultat d'un coup ou d'une chute ?

3.° Enfin le sieur J. V. pouvait-il être atteint de toutes ces lésions, lorsqu'il s'est présenté devant moi le soir à six heures, et une heure après avoir été, dit-on, battu ?

I. Le sieur J. V. a-t-il été frappé vivant ou mort ?

Cette question, dans l'espèce, ne peut pas faire l'objet d'un doute. 1.° L'individu a été vu pendant plusieurs heures

avant sa mort, avec tous les symptômes qui accompagnent les lésions que l'on a observées à l'ouverture du cadavre.

2.° Il est impossible de produire sur un cadavre l'ensemble des phénomènes qui ont accompagné la formation des fractures du crâne; un décollement de la dure-mère dans une étendue de cinq pouces, avec épanchement de sang *coagulé*, passage du sang en dehors par la fracture et l'infiltration du tissu cellulaire sous-péricrânien.

3.° Il est difficile d'opérer des ruptures du diaphragme, et encore plus de l'estomac, sur le cadavre.

4.° Alors même qu'on les produirait il n'en résulterait pas des *petits caillots* de sang du genre de ceux qui ont été observés dans la cavité de la plèvre gauche.

II. Les lésions observées sont-elles le résultat d'un coup ou d'un chute ?

Dans les chutes, ce sont le plus souvent les gros viscères, tels que le foie, la rate, qui se déchirent : ils sont ici dans un état normal parfait.

Les fractures de la tête n'ont pu être produites que par un corps arrondi, dur, qui agit d'un seul coup, et plutôt par sa vitesse que par sa pesanteur.

La violence extérieure a porté sur la bosse pariétale gauche, point de réunion ou de départ de toutes les fractures.

La fracture par contre-coup du temporal droit, la situation de cette fracture, sa position relative à celle du pariétal gauche, indique elle-même la direction dans laquelle a agi la violence; et si on remarque que la direction des grandes fractures longitudinales et transversales est légèrement oblique de gauche à droite, on verra que cette violence tangentielle n'a pu agir que dans un seul sens, c'est-à-dire, en formant avec le diamètre perpendiculaire de la tête un angle obtus très-ouvert mesuré par en bas.

Dans quelque position que se trouve le corps, une pareille chute sur le pariétal est impossible.

La violence qui a fracturé le crâne n'a donc pu être que l'effet secondaire d'une première cause qui a mu cette violence en sens inverse de l'attraction.

La rupture du diaphragme et de l'estomac ne peut elle-même s'expliquer que par l'action d'une violence extérieure qui s'est exercée en repoussant la masse intestinale de bas en haut. Le corps qui a agi a dû lui-même être recouvert de substances souples ; il a dû agir très promptement avec une violence extraordinaire et d'un seul coup, car les parois abdominales ne présentent aucune lésion. (Quel corps réunit mieux ces conditions que le genou ?)

Au moment de la violence, l'estomac était distendu par de nombreux alimens ; violemment repoussé, il a déchiré le diaphragme contracté qui lui mettait obstacle, puis a fait hernie au travers : alors la force agissante n'étant point encore décomposée, et ne trouvant plus de corps solides pour se propager, s'est centralisée sur la portion de l'estomac herniée, et l'a déchirée elle-même.

Il est très-difficile qu'une chute, dans la supposition même où elle ne s'accompagnerait d'aucune lésion qui la fît reconnaître, pût réunir toutes les conditions indispensables pour produire de tels effets : à la vitesse nécessaire il faudrait que le corps de l'individu tom[illegible] joignît une position en rapport avec le corps sur lequ[illegible] frapperait : cette position est inadmissible.

L'effet produit par la roue d'une voiture aurait été très-certainement accompagné de circonstances qui l'auraient indiqué, circonstances puisées, soit dans le témoignage des hommes, soit dans l'état des vêtemens ; enfin tirées de l'étendue des lésions que doit inévitablement [illegible]-duire une violence assez long-temps prolongée sur les surfaces abdominales.

La cause qui a déchiré l'estomac et l'intestin me paraît donc être manifestement un coup.

Mais cette double déchirure, avec hernie de l'estomac et épanchement dans la plèvre seulement des matières qu'il contenait, est-elle uniquement due à ce coup? et la contraction spontanée de tous les muscles qui concourent à la respiration, n'est-elle pas nécessaire pour qu'elle soit produite?

Cette question simplifiée se réduit à celle-ci : cette double rupture, avec hernie de l'estomac et épanchement des matières dans la plèvre seulement, peut-elle avoir lieu sur le cadavre?

Les recherches comparatives que j'ai faites tendraient à résoudre cette question négativement. En effet, lorsqu'après avoir rempli l'estomac d'un cadavre de substances alimentaires réduites comme le fait la mastication, et lié l'œsophage, on frappe vigoureusement et brusquement sur la région épigastrique, on obtient rarement et difficilement, après une seule percussion, la rupture de l'estomac. Je n'ai obtenu cette rupture qu'une seule fois sur six, et dans ce cas l'estomac était distendu par une quantité de matière telle, qu'il me paraît impossible qu'il en eût pu recevoir autant pendant la vie : il était complètement déplissé. Mais en redoublant les percussions on parvient toujours à rompre cet organe, à moins qu'il ne soit presque vide; et on obtient d'autant plus facilement cette rupture que le tissu des membranes de l'estomac est plus ramolli, soit par le fait de décomposition, soit par toute autre cause, telles qu'une inflammation, la macération des parois par les matières qu'elles contiennent.

Jusqu'à présent je n'ai point obtenu la rupture du diaphragme après une et même deux percussions; l'estomac se rompait indistinctement sur l'une ou l'autre de ses faces, quelquefois dans deux endroits à-la-fois, et les matières s'épanchaient dans la cavité abdominale.

Ce qui précède semblerait déjà indiquer que les forces vitales ont certainement une action quelconque sur la fré-

quence des ruptures du diaphragme. Ainsi voulant en quelque sorte substituer une force constamment agissante à cette contractilité vitale, j'ai distendu les intestins d'autant d'air qu'ils en ont pu contenir, après avoir antérieurement rempli l'estomac, lié l'œsophage, insufflé légèrement les poumons et fermé les bronches. L'estomac s'est alors rompu, le diaphragme s'est également rompu, mais l'estomac n'a point fait hernie dans les cavités des plèvres, et l'épanchement des matières contenues dans cet organe était tout abdominal.

Mais pour bien sentir toute l'influence de cette contractilité musculaire tant animale qu'organique, sur la fréquence des ruptures, soit diaphragmatiques, soit stomacales, j'ai fait quelques recherches sur les animaux vivans, et j'ai pu remarquer qu'il n'est pas indifférent que la percussion soit appliquée pendant l'inspiration ou l'expiration.

La percussion pendant l'expiration ne produit le plus souvent que la rupture de l'estomac.

La percussion pendant l'inspiration produit presque toujours la double rupture, 1.° celle du diaphragme; 2.° celle de l'estomac, et la hernie de cet organe à travers le diaphragme paraît uniquement due à l'effort musculaire.

En effet, voyez ce qui se passe dans l'abdomen pendant la digestion : partout de grands mouvemens généraux, équilibrés entr'eux et agissant cependant en sens inverse les uns des autres. Voyez ces contractions des grands muscles abdominaux pendant l'inspiration et l'expiration, ébranlant tour-à-tour tous les viscères gastriques : voyez d'autre part les mouvemens propres et particuliers à chacun de ces viscères. Eh bien! sitôt qu'une violence quelconque vient troubler les mouvemens de ces organes, ceux-ci leur opposent de suite toute la puissance qui est en eux, afin de résister à cette violence et rester en équilibre : tous leurs tissus se contractent donc spontanément, se resserrent en colonne, et se crispent de manière que si la [illegible]lence est

plus considérable que la résistance qu'ils peuvent opposer, ils se rompent par ténacité au lieu de s'alonger et de se prêter de manière à décomposer la force qui agit sur eux. Dans les tissus musculaires de la vie animale, la contraction est quelquefois si subite et si forte, qu'ils se rompent eux-mêmes sous l'influence de cette force unique. C'est ce qui arrive dans certaines crampes.

Quoique les tissus musculaires organiques jouissent de mouvemens indépendans de la volonté, on se rend également raison des phénomènes, et on conçoit que, l'estomac étant frappé, les fibres musculaires de cet organe, en se contractant pour résister à l'impulsion qui pervertit leur mouvement propre, doivent inévitablement en rapprocher les deux ouvertures : alors, suivant l'intensité de la force, l'estomac se rompt ou dans la cavité abdominale, ou dans la poitrine, après avoir préalablement fait hernie à travers le diaphragme déchiré; mais essayons de saisir la formation de cette hernie.

Dans l'inspiration, l'estomac rempli d'alimens comprime à-peu-près également tous les organes qui l'entourent, parce que alors l'air renfermé dans les poumons fait sensiblement équilibre à celui qui pèse sur les parois abdominales. Dans l'expiration, au contraire, la force de contraction des muscles abdominaux s'ajoute à la pesanteur de l'air qui pèse sur eux, l'équilibre est alors rompu, et d'autant plus fortement rompu, que la contraction est plus violente; alors l'estomac est repoussé, par ce surcroît de puissance, vers le diaphragme, et si ce muscle est déchiré, il passe au travers et fait hernie dans la poitrine.

En resumé, voici, je présume, comment se passent les choses, si on frappe, pendant l'inspiration, la région épigastrique d'un individu dont l'estomac est rempli d'alimens :

Le diaphragme, alors contracté, se crispe subitement aussi bien que l'estomac. Ces deux organes, tendus tout-à-

coup, sont devenus immobiles et, pour ainsi dire, attentifs à la douleur du choc. (1) Le diaphragme est peut être déjà rompu (2) lorsque les muscles abdominaux expirateurs, revenant tout-à-coup sur eux-mêmes, ajoutent leur puissance à celle de la percussion, et font faire hernie à l'estomac.

Pendant ce temps la force agissante traverse les parties molles (3) qui la retardent. Décomposée en partie, elle suit les courbures de l'estomac, arrive sur la portion herniée; s'y concentre de nouveau parce qu'elle ne trouve pas de corps pour se propager, ou bien parce qu'elle est retenue, et s'y éteint en la déchirant. C'est ainsi qu'on voit fréquemment des chocs sur la tête donner lieu à des fractures éloignées, dites par contre-coup.

Je viens de démontrer l'influence de la contractilité musculaire sur les ruptures de l'estomac et du diaphragme. J'ai fait entrevoir la nécessité de l'action musculaire pour la hernie; j'ai fait remarquer que, dans les doubles ruptures sur le cadavre, l'épanchement est abdominal; je crois donc pouvoir conclure que la rupture du diaphragme et de l'estomac, avec hernie de ce dernier et épanchement des matières qu'il contient dans la plèvre, sont des lésions produites pendant la vie et qui militent en faveur de la solution de la première question.

III. Le sieur J. V. était-il déjà atteint de toutes les lésions

---

(1) Bichat a très-bien observé que toute douleur subite apporte tout-à-coup un changement dans l'action du diaphragme et des intercostaux. (*Recherches sur la vie et la mort.*)

(2) J'ai vu à l'hôpital Cochin une rupture du diaphragme survenue à la suite d'un coup de poing sur la partie latérale gauche du thorax. Sur le cadavre, l'estomac faisait encore hernie sans rupture : le malade avait succombé à une méningite; nous ne reconnûmes point la rupture de l'estomac pendant la vie. (Service de M. Guerbois)

(3) Ces parties molles sont les parois abdominales, celles de l'estomac, et toutes les matières contenues dans cette poche.

Mais pour les lésions de l'estomac, du diaphragme et du poumon, si on les considère comme concomitantes des lésions du crâne, la solution est plus difficile, car je ne sais sur quoi nous pourrions nous appuyer pour dire que le sieur J. V. était atteint de ces ruptures au moment où je l'ai vu. Manquant de faits comparatifs, de renseignemens positifs, j'ai consulté et mes collègues et plusieurs maîtres dans la science. Les opinions ont été partagées : les uns ont reconnu ces lésions possibles avec la conservation et le libre exercice de la vie de relation pendant plusieurs heures. D'autres les ont repoussées comme inconciliables ; d'autres, enfin, sans nier la possibilité du fait, ne sont pas disposés à l'admettre facilement ; et c'est là notre opinion.

Et, pour consolider cette dernière manière de voir, j'ajouterai que plusieurs auteurs se sont assurés, par des recherches bien faites, que si on tue un animal pendant le phénomène de sa digestion, le suc gastrique peut, à lui seul, rompre les parois de l'estomac du cadavre. M. Bonnet, de l'Hôtel-Dieu à Lyon, a lui-même répété ces expériences, et s'est convaincu de leur résultat. Il y a, à la vérité, bien de la différence entre les lésions causées par la rupture produite par le suc gastrique, et les lésions causées par la rupture que nous avons étudiée dans cette observation. Ici l'estomac est à l'état physiologique et sans ramollissement. Les bords de la rupture sont frangés et sanguinolens, la plèvre est pointillée, quelques petits caillots sanguins se rencontrent dans les matières épanchées.

Mais d'un autre côté si l'on considère que cette déchirure est sans rougeur au pourtour, que la quantité de sang épanché est presque nulle, qu'un sang noir suinte à l'extrémité des vaisseaux déchirés si on comprime dans leur voisinage, on ne sait si l'on ne doit pas considérer cette rupture comme consécutive à la mort.

Bien plus, si on se reporte à la rupture du diaphragme, si on remarque la lésion de ce muscle essentiel à la respi-

ration, on comprend difficilement qu'il n'ait pas été troublé dans ses fonctions ; on conçoit avec peine que pendant trois heures il n'y ait pas eu anhélation, ni perversion notable dans les actes d'inspiration et d'expiration. Je me rappellerai toujours le fait suivant, fait contraire à l'idée qui admet comme possible l'acte respiratoire chez les individus atteints de lésions du diaphragme : un cheval fit un vain et violent effort pour arracher une voiture engravée ; il s'arrête court, bat des flancs, tombe en tremblant, sa respiration est excessivement laborieuse, il périt en une heure. — L'estomac fesait hernie dans la plèvre à travers le diaphragme déchiré dans une étendue de quatre pouces et demi.

Quelques Réflexions de M. Alph. Devergie *sur cette Observation.*

Le fait qui vient d'être rapporté par M. Davat, soulève, ainsi qu'on vient de le voir, plusieurs questions médico-légales. La plus importante à résoudre est celle de savoir si les blessures dont il est fait mention ont précédé ou suivi la visite des trois hommes chez ce médecin. La conséquence de la solution de cette question est, dans le premier cas, de mettre en accusation le quatrième individu qui a battu les trois autres à la foire, ou au contraire, dans le second, de faire porter le poids de l'accusation sur les deux hommes qui ont accompagné J. V. jusqu'au moulin. Il s'agit donc de savoir si un homme peut marcher pendant deux heures, séjourner en outre pendant une heure dans une ville avec une fracture du crâne du genre de celle qui est décrite, une déchirure du diaphragme, une perforation de l'estomac avec épanchement dans la poitrine de près d'un litre d'alimens et refoulement du poumon gauche, *sans présenter aucun signe qui puisse dénoter des blessures aussi graves ?*

1.° Relativement à la fracture, nous en concevons *à la rigueur* la possibilité, parce que cette solution de conti-

nuité est très-étendue, ramifiée, et que tout l'effort a pu être employé à la produire, sans que le cerveau ait été très-notablement influencé par une commotion.

2.° Eu égard à la rupture accidentelle du diaphragme, il est impossible de porter un jugement sans consulter les faits précédemment recueillis par les auteurs, et malheureusement ils ne sont pas très-nombreux. Percy est un de ceux dont l'opinion peut le plus faire autorité en cette matière. (*Dict. des Sc. méd.*, art. *Diaphragme*). Il a fait, des ruptures du diaphragme, une étude spéciale, ainsi que M. Cavalier (*Dissert. inaugurale*); celui-ci a rassemblé quelques exemples pour prouver leur gravité : nous reproduirons succinctement ces faits sous les yeux du lecteur afin de les éclairer. Et d'abord, il ne paraît pas douteux que la rupture du diaphragme amène constamment une mort prompte chez les chevaux. Ils tombent sur le coup, comme cela a eu lieu dans le fait rapporté par M. Davat, et ils succombent en quelques instans. Chez l'homme la mort n'est pas toujours aussi prompte, ainsi que le prouve un exemple rapporté dans le Journal de Desault et quelques autres très-rares relatés par Thomas Bartholin, Becker, ou consignés dans les mémoires de Berlin, les ouvrages de Sennert et de Fabrice de Hilden. Voici ces principaux faits.

Un charpentier tombe du dôme des Invalides sur des échaffaudages; il reprend ses travaux au bout de six mois quoiqu'il conservât encore une toux fréquente, une respiration difficile et une douleur croissante du côté gauche du thorax. Quinze jours après, il fait une nouvelle chute de vingt pieds de haut et se fracture sept côtes; il est porté à l'Hôtel-Dieu, il est inquiet, agité, a les yeux hagards, crache du sang, sa respiration est laborieuse et courte; il vomit les boissons qu'il est forcé de prendre à cause de la soif qui le dévore. Trois jours révolus, le malade est mieux. Bientôt il fait une nouvelle chute de son lit et meurt en peu d'heures.

On trouve au centre aponévrotique du diaphragme une

ouverture dont les bords sont cicatrisés, ayant deux pouces et demi d'étendue dans son grand diamètre; l'estomac et l'arc du colon passés dans la poitrine; le cœur devié à droite, le poumon gauche reduit à un très-petit volume et refoulé vers le sommet de la poitrine.

Dans cette observation même, où la vie du malade a été conservée pendant un laps de temps assez long, et où l'autopsie vient éclairer sur l'existence d'une rupture du diaphragme, et non pas sur la quantité et le volume des organes contenus dans la poitrine à telle ou telle époque de la vie du blessé, *il existait des signes d'une affection grave.*

Une jeune femme est tout-à-coup saisie de frayeur pendant les douleurs d'un accouchement laborieux; elle jette un cri plaintif, articule quelques mots d'une voix éteinte et expire aussitôt en donnant le jour à son enfant. — Le diaphragme est rompu à gauche; l'estomac, l'épiploon et le colon sains, ont passé en grande partie dans la poitrine.

Un homme meurt *subitement* en vomissant avec la plus grande difficulté les alimens grossiers dont il s'était ingurgité. Budæus trouve la partie aponévrotique du diaphragme déchirée en forme d'étoile, l'estomac et l'épiploon remplissant cette solution de continuité.

Un homme prend un violent émétique, il a des convulsions et périt en peu d'instans. Le diaphragme est déchiré, une portion de l'épiploon, du colon et du pancréas a passé dans la cavité gauche de la poitrine.

Un quinquagénaire, adonné au vin, est pris, tout-à-coup, d'un énorme vomissement et *succombe en quelques minutes.* Le diaphragme est déchiré, une portion de l'estomac fait hernie à travers son ouverture.

En 1788, le conducteur de la diligence de Paris à Calais tomba de l'impériale en travers sur la roue de devant, et de là sur le pavé. Il *périt presqu'aussitôt.* On trouva une crevasse du diaphragme qui s'étendait du sternum au centre

tendineux de ce muscle. Les viscères flottans du bas-ventre étaient presque tous dans la poitrine.

Abraham Vater parle d'un homme *mort subitement* sous ses yeux, et chez lequel le ventre était fort applati par suite d'une rupture analogue du diaphragme.

Un Allemand, d'une force athlétique, aidait à descendre dans une cave profonde, une très-forte pièce de bière; il se tenait au-dessous d'elle. Deux hommes lâchent trop rapidement la corde qui la retenait; cet homme, croyant qu'il allait avoir à en soutenir tout le poids, fait un effort considérable pour la retenir. Au même instant il tombe sans connaissance, roule au fond de la cave, et *meurt* en jetant deux ou trois soupirs bruyans.

Ainsi nous possédons un grand nombre d'exemples de mort subite sous l'influence de la rupture du diaphragme *sans* rupture de l'estomac, et nous ne pouvons rapporter que des cas très-rares, où la mort n'ait pas suivi immédiament cette lésion.

Mais, dans tous les cas de déchirure du diaphragme, non-seulement cette lésion s'est dessinée par des signes apparens pendant la vie, mais encore ces signes ont souvent persisté après la mort, et à un point tel que, dans plusieurs circonstances, Cavalier et Percy ont reconnu ces lésions à l'expression de la physionomie des cadavres des individus qui en avaient été affectés pendant la vie. Ainsi on a presque toujours remarqué des nausées, des vomissemens, une gêne plus ou moins grande dans la respiration, un applatissement du ventre, une dilatation anormale de la poitrine contrastant avec le signe précédent, et un rire sardonique des plus marqué, et dans tous les cas une impossibilité absolue d'exécuter des mouvemens. Voilà donc une lésion qui, si elle n'est pas de nécessité mortelle instantanément, a toujours présenté des caractères assez tranchés pour dessiner une atteinte profonde à la vie.

3° Considérant actuellement la rupture de l'estomac

comme une lésion à part, il nous semble difficile qu'avec un épanchement aussi considérable *d'alimens et de vin* dans la cavité gauche de la poitrine, refoulement du poumon gauche sous les premières côtes, il ne se manifeste pas, de prime-abord, des symptômes qui indiquent la gêne de la respiration d'une part et ceux qui dénotent une excitation très-vive de la plèvre. La pénétration de l'air dans une des cavités de la poitrine par une plaie faite au thorax, sans épanchement et par conséquent sans une diminution du volume des poumons aussi notable, amène déjà de la difficulté à respirer. A plus forte raison, lorsque le poumon est réduit au volume qui a été observé, la sensibilité des séreuses ne tend-elle pas à faire penser que l'épanchement de vin et d'alimens de diverse nature doit produire une phlegmasie intense, analogue à celle qui se développe dans toutes les perforations spontanées de l'estomac et des intestins dans la cavité du péritoine? Objectera-t-on l'absence de douleur qui a lieu dans des épanchemens sanguins des plèvres, mais on ne peut pas établir de comparaison entre les qualités irritantes du sang pour les membranes séreuses, et le vin, l'eau-de-vie, le sel, le poivre et tous les assaisonnemens qui pourraient faire partie d'alimens préparés; d'où il résulte que l'épanchement seul aurait dû produire au moins une gêne de la respiration plus ou moins considérable et donner lieu à des douleurs aiguës dans les plèvres; c'est ce qu'il y a de plus probable.

Si actuellement, au lieu d'analyser les effets immédiats de chacune de ces trois blessures, nous les grouppons sur le même sujet, il nous paraîtra alors difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre que, dans cet état, un homme puisse faire une lieue, entrer chez un médecin sans s'y plaindre, sans manifester aucune souffrance; séjourner pendant une heure dans une ville et marcher encore pendant le même temps, c'est-à dire faire encore une seconde lieue, jusqu'à ce que, ne pouvant plus continuer sa route, cet homme soit forcé de s'arrêter.

Nous pensons donc que J. V. pouvait, peut-être tout au plus, avoir le crâne fracturé lorsqu'il s'est présenté chez M. Davat, *mais qu'il ne portait pas* l'ensemble des blessures qui ont été décrites.

Nous apprenons que le sénat de Chambéry vient de faire porter tout le poids de l'accusation sur l'homme qui a battu J. V. à la foire; mais qu'admettant des circonstances atténuantes la peine a été réduite à sept ans de travaux forcés. Nous ne nous permettrons pas de réflexions sur ce jugement; nous ne connaissons pas les débats qui auront probablement fourni d'autres documens à ce sujet; mais s'il en était autrement nous engagerions les médecins qui ont été appelés à donner leur avis dans cette affaire à peser de nouveau la valeur des faits, à s'entourer de nouvelles lumières, et à appeler encore une fois l'attention des magistrats sur la chose jugée.

Considérations sur quelques-unes des méprises que l'on peut commettre dans le diagnostic des hernies; par J. T. Mondière, *membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin à Loudun.* (*Vienne*).

On l'a dit depuis long-temps : notre art difficile marcherait plus rapidement vers la perfection, si chaque praticien avait le noble courage de publier aussi bien ses insuccès que ses succès, et surtout les erreurs qu'il peut commettre. Sans doute en présence de l'intérêt si puissant de l'humanité, l'amour-propre devrait se taire, et le médecin ne pas lui sacrifier la santé et souvent la vie des hommes. Mais cette vérité, dont chacun peut bien reconnaître toute l'importance, presque personne n'ose la mettre en pratique. Cependant la publication des cas où des erreurs de diagnostic ont été commises, serait bien plus profitable à la science que ces observations nombreuses dont on l'encombre chaque jour, et qui semblent être publiées dans la

folle prétention de prouver qu'on ne se trompe jamais ; comme s'il n'était pas dans la nature même de l'homme d'errer quelquefois ! *Errare humanum est.* En effet, il suffit souvent de savoir qu'une erreur a été commise, et même qu'elle est possible, pour qu'on évite d'y tomber. Cette vérité, nous l'avons sentie dès les premières années de nos études médicales ; aussi nous sommes-nous toujours, avec le plus grand soin, attaché à noter dans nos lectures, non-seulement les faits dans lesquels une erreur fut commise, mais encore tous ces cas douteux, et qui ne sont pas rares dans la pratique, où une méprise est possible. C'est uniquement, nous ne craignons pas de le dire, par la lecture attentive de ces faits, dans leur rapprochement et leur coordination, que l'on peut puiser une instruction solide. Nous ne chercherons point la preuve de ce que nous venons de dire ailleurs que dans le sujet même dont nous nous occupons. Ainsi on ne peut contester qu'il est peu de points de chirurgie sur lesquels nous possédions un aussi grand nombre de bons ouvrages que sur les hernies ; et les Richter, les Arnaud, les Scarpa, les Lawrence, les Breschet, les Cloquet, les Manec, et tant d'autres, ont fait faire à cette branche de l'art des progrès immenses. Toutefois leurs ouvrages, dont quelques-uns sont d'excellentes monographies, ne présentent point ou ne présentent que d'une manière isolée, l'histoire de ces cas difficiles, où le tact du chirurgien exercé peut se trouver en défaut. Ces cas cependant sont loin d'être rares, si nous en jugeons par nos lectures. Aussi nous avons pensé qu'un travail qui offrirait un rapprochement de ces faits, et dans lequel on chercherait à faire connaître par des exemples les espèces ou variétés de hernies, et qui peuvent quelquefois simuler divers états pathologiques, ne serait pas dénué d'intérêt. C'est là le but que nous nous sommes proposé d'atteindre.

Est-il besoin de déclarer que notre intention n'est point

d'appeler la critique sur les personnes qui ont commis les erreurs que nous allons signaler ? Nous ne le pensons pas. Loin de dispenser le blâme sur ceux qui, faisant taire toutes considérations personnelles, ont eu la franchise et la bonne foi de faire connaître leurs fautes, nous devons au contraire leur en savoir gré ; car ils nous prémunissent par là contre un jugement trop précipité et une confiance trop grande en nos propres connaissances. « Les erreurs des praticiens les plus distingués, dit M. Breschet (1), doivent porter les jeunes chirurgiens à étudier avec soin et pendant long-temps, sous les grands maîtres, les signes des maladies, à ne point se hâter de censurer les erreurs des autres, et à n'y voir que l'importance d'un examen attentif, le danger de toute précipitation, et enfin la preuve de la difficulté de notre art. »

Nous avions d'abord eu l'intention d'établir, à chaque division principale de notre travail, le diagnostic différentiel des hernies et des diverses maladies avec lesquelles on les a confondues, mais comme cette marche nous eût assujetti à des redites continuelles, et fait dépasser les bornes d'un mémoire, nous avons dû y renoncer et nous borner seulement à signaler les méprises qui ont été ou peuvent être commises, relativement au diagnostic des premières. Le lecteur suppléera facilement à notre silence.

Hernies prises pour des bubons. — Ces méprises sont celles dont les annales de l'art nous offrent le plus d'exemples. Les hernies inguinales et les hernies crurales y donnent également lieu, mais les premières beaucoup plus souvent que les secondes, ce qui ressort assez et du siège qu'elles occupent et de leur plus grande fréquence, qui est, comme on l'a calculé, par rapport aux autres, dans la proportion de 5 à 1. Ce n'est pas seulement par des chi-

(1) *Essai sur les veines du rachis, la formation du cal, et la hernie fémorale*. Paris, 1819, in-4.°, fig., p. 83.

rurgiens inhabiles que cette erreur a été commise. Lawrence (1) et A. Cooper (2) nous apprennent qu'elle l'a été par des hommes très-célèbres, et notre célèbre Sabatier (3) avoue l'avoir commise lui-même. Tout récemment M. Burdin jeune (4) a vu, aux consultations de la Société de Médecine de Paris, un homme qui portait dans l'aine une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, et ayant cinq à six lignes de diamètre sur quatre à cinq d'élévation. Un des plus illustres praticiens de la ville avait qualifié de bubon cette tumeur, malgré l'impossibilité où le malade assurait être d'avoir contracté rien de semblable. Les membres de la consultation jugèrent que c'était une hernie. Bientôt la tumeur s'ouvrit et donna issue à un ver et à des matières fécales.

Les faits que nous venons de rappeler sont sans doute bien suffisans pour prémunir le praticien contre toute précipitation dans son jugement; mais ils ne peuvent nous suffire pour le but que nous nous sommes proposé d'atteindre. Nous devons encore, d'après l'observation, chercher à bien faire connaître les diverses circonstances particulières qui sont susceptibles de jeter de l'obscurité sur le diagnostic des hernies inguinales et crurales, de les faire prendre pour des bubons, et ici nous ne restreignons pas la signification de ce mot à la seule idée de tumeur lymphatique par cause vénérienne.

Et d'abord, aucune circonstance n'est plus propre à obscurcir le diagnostic dans les cas dont il est question, que la coïncidence d'une hernie et d'ulcères syphilitiques sur la verge. On conçoit alors combien il peut être facile, à moins qu'il n'existe des symptômes bien tranchés d'étran-

---

(1) *Traité des hernies*, trad. par Béclard et J. Cloquet. Paris, 1818. In-8.°

(2) *Dictionnaire de chirurgie-pratique*, article *Hernie*.

(3) *Médecine-opératoire*. T. I.er, p. 155.

(4) *Transactions medicales*. T. III, p. 292.

glement, de prendre pour un bubon la tumeur formée par l'intestin déplacé. Cullerier, oncle, rapportait souvent, dans ses leçons cliniques sur la maladie vénérienne, avoir été témoin d'une méprise de ce genre, dans un hôpital auquel il était attaché en qualité d'élève. La tumeur de l'aine prise pour un bubon fut ouverte, et aussitôt des matières fécales s'échappèrent. Une circonstance non moins favorable à cette erreur, est celle dans laquelle se trouva un malade dont nous avons entendu rapporter l'observation dans une des séances de la Société médicale d'Emulation de Paris, alors que nous en étions un des secrétaires particuliers : un individu reçoit dans l'aine un coup assez violent, qui est suivi de l'apparition d'une tumeur un peu volumineuse, et dans laquelle semble bientôt se faire sentir de la fluctuation. Le chirurgien auquel s'était confié ce malade, croyant avoir affaire à une tumeur inflammatoire, y plonge le bistouri, et au lieu de pus il en voit sortir des matières fécales. Ici sans doute l'erreur était facile : on devait bien plutôt en effet soupconner l'existence d'un abcès que celle d'une hernie, et c'est peut-être le seul cas où une contusion portée directement sur l'aine ait déterminé la sortie des intestins à travers le canal inguinal. Que l'homme de l'art se tienne donc continuellement sur ses gardes, et ne juge jamais de l'effet par la cause seulement !

Un cas de diagnostic fort difficile encore, est celui dans lequel, en même temps qu'il existe une hernie, il existe aussi un état pathologique d'une des glandes de l'aine. La hernie crurale commençante peut surtout, alors qu'elle est peu volumineuse encore, être facilement confondue avec un ganglion. Depuis long-temps Verheyen (1) en avait fait la remarque, dont la justesse a été confirmée depuis un grand nombre de fois, et entr'autres par Richter et Else. Les suites fâcheuses qu'une méprise de ce genre en-

(1) *Corp. hum. anatomia.* Lib. 1, cap. 7, *de Peritonæo*, p. 51.

traîna chez un malade dont ce dernier (1) rapporte l'observation, seraient bien suffisantes pour engager le chirurgien à suivre le conseil donné par ces deux écrivains, d'inciser la tumeur avec ménagement pour s'assurer de sa véritable nature (2).

Dans le cas suivant le docteur Bradley (3) évita l'erreur dans laquelle étaient tombés plusieurs chirurgiens. Il s'agit d'une femme qui, depuis quatorze ans, portait une tumeur dans l'aine droite. Pendant ce laps de temps elle consulta plusieurs chirurgiens, parmi lesquels il y en avait de distingués, qui, pensant qu'elle était affectée d'un bubon vénérien, lui prescrivirent un traitement mercuriel. M. Bradley, consulté à son tour, examina la malade avec soin, et crut reconnaître qu'il existait dans l'aine droite deux tumeurs placées l'une à côté de l'autre et sur le même plan horizontal. L'une, située extérieurement, était dure, plus circonscrite et plus proéminente; l'autre, au contraire, était plus molle, plus diffuse, et avait une base plus large. Celle-ci diminuait souvent par le décubitus sur le dos, mais ne disparaissait jamais entièrement. Persuadé que cette dernière était une hernie, M. Bradley conseilla un bandage qui devait être appliqué seulement sur elle : mais la malade négligea ce conseil, et après un effort elle fut prise de tous les accidens d'un étranglement qui, au bout de quelques jours, nécessita le débridement. L'opération démontra qu'à la partie inférieure et externe du sac herniaire existait une tumeur intimement unie au sac. Un examen plus attentif fit reconnaître un ganglion inguinal malade.

Si les premiers chirurgiens qui furent consultés se fussent comportés comme le docteur Macilwain, dans l'obser-

(1) *London medical observations and inquiries*. T. IV, p. 345.

(2) J. B. Ant. Ducros. *Recherches anat. et path. sur la hernie crurale, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille*. Thèse. Montpellier, 1817, n.° 82, p. 17.

(3) *The medical and physical Journal*. T. XXIV, p. 112.

vation que nous allons rapporter, ils eussent pu éviter l'erreur dans laquelle ils sont tombés. Nous pensons que, toutes les fois qu'il restera du doute, on devra imiter l'exemple de ce médecin; nous disons du doute, car souvent avec de l'attention on pourra facilement reconnaître la nature diverse des tumeurs que l'on observe. C'est du moins ce qui nous est arrivé dernièrement chez une femme d'une conduite suspecte, et qui, atteinte d'une hernie crurale très-petite, offrait en même temps quelques ganglions engorgés.

« Une femme, dit M. Macilwain, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait dans l'aine. En examinant la malade, je découvris une glande engorgée et enflammée dans l'endroit qu'occupe habituellement la hernie crurale, ne présentant rien de remarquable qu'une impulsion très-obscure pendant la toux. Je lui ordonnai d'appliquer des cataplasmes, de garder le repos, de prendre quelques laxatifs, et de revenir au bout de quelques jours. Elle revint en effet au bout d'une semaine; alors le gonflement de la glande avait disparu, et il fut facile de reconnaître une petite hernie intestinale (1). » Ces faits, et d'autres analogues, prouvent toute la justesse de la réflexion qu'a faite M. Manec (2), qui dit: « Une chose digne de remarque, et à laquelle on n'a pas fait assez attention, c'est que la hernie crurale détermine presque toujours l'engorgement des ganglions de l'aine. » Que cette circonstance soit donc toujours présente à l'esprit du chirurgien, afin d'éviter des erreurs qui ont été plus d'une fois commises.

C'est surtout quand il s'agit de prononcer sur la nature d'une tumeur peu volumineuse de l'aine, que l'homme de l'art ne saurait s'entourer de trop de précautions avant de

---

(1) *Surgical observations to which are added remarks on tracheotomy, and on Essay on the diagnosis of hernial and other tumours on the groin.* Londres, 1830, in-8.°, p. 307.

(2) *Diss. inaug. sur la hernie crurale.* Paris, 1826, in-4. N.° 19?, fig., p. 34.

porter son diagnostic, car rarement les hernies incomplètes, qui seules alors peuvent être méconnues, donnent lieu à des accidens graves, et souvent même il y a absence complète de tout symptôme caractéristique. Notre ami, M. Dezeimeris, nous a rapporté qu'une personne de sa connaissance avait, dans la région inguinale, une tumeur dure, peu volumineuse, accompagnée de quelques coliques et d'un peu de difficulté à aller à la selle, et qui, pendant un mois, fut traitée comme un engorgement glandulaire par plusieurs médecins de Bordeaux d'une grande réputation. Les émolliens furent employés pendant environ trois semaines, temps au bout duquel la tumeur s'ouvrit et donna passage aux matières fécales. Il paraît que la portion d'intestin comprise dans la hernie était très-voisine de l'estomac, car la malade ne tarda pas à périr d'inanition. Cette tumeur n'était donc qu'une hernie inguinale incomplète; et ce qui dans ce cas a pu rendre le diagnostic obscur, et faire méconnaitre la véritable nature de la tumeur, c'est que, dans les efforts de la toux, la main appliquée sur cette même tumeur, ne percevait point cette sensation particulière que tout le monde connaît et qui est si caractéristique.

Mais si l'homme de l'art est, jusqu'à un certain point, excusable de s'être trompé dans les cas que nous venons de signaler, il n'en peut plus être ainsi dans ceux où, en même temps qu'il existe une tumeur à l'aîne, on observe aussi une constipation opiniâtre, des coliques violentes et suivies de vomissemens. Cependant, même alors, des méprises fâcheuses ont été commises. Le docteur Alin, auquel nous devons une bonne *dissertation sur la hernie incomplète* (1) nous en a transmis une observation intéressante. Depuis, un assez grand nombre de faits semblables ont été publiés

(1) Thèse. Paris, 1802; in-8.°

et parmi eux nous choisirons le suivant, qui n'a pas besoin de commentaire.

Un maçon, en soulevant une forte pierre, ressentit une vive douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, et remarqua dans cet endroit une petite tumeur qui disparaissait par la pression, en faisant entendre un léger gargouillement. Pendant long-temps cette tumeur ne donna lieu à aucun accident remarquable; mais plus tard le malade y ressentit une douleur très-vive et fut contraint de garder le lit : il survint des nausées et par intervalle des vomissemens, de la constipation, ou une grande difficulté dans l'émission des matières fécales. Malgré ces symptômes on regarda cette petite tumeur comme un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aîne, et on se contenta d'y faire appliquer des cataplasmes émolliens. Plus tard le malade entra à l'hôpital St-Eloy à Montpellier. Un examen peu attentif fit croire à une simple inflammation de la région inguinale. On appliqua des cataplasmes émolliens; mais la fluctuation de la tumeur devenant de plus en plus évidente, on fit une ponction qui donna issue à du pus, à des gaz fétides et quelques jours après à des matières fécales (1). On trouve dans la *Bibliothèque médicale* (2) une observation toute semblable à la précédente, et M. Lawrence (3) en rapporte également une dans laquelle la tumeur ressemblait tellement à une glande engorgée par ses caractères extérieurs, qu'on ne pratiqua pas l'opération, malgré la présence des signes de l'étranglement, et la mort du sujet fournit l'occasion de reconnaître que la maladie avait été occasionnée par la sortie de l'intestin. De ce dernier fait découle, comme conséquence nécessaire, le précepte d'opérer lorsque les symptômes de l'étranglement ex-

(1) *Ephémérides de Montpellier*. 1826. T. I.er, p. 145.
(2) T. XXIX, p. 88.
(3) *Loc. cit.*, p. 412.

istent, alors même que les caractères de la tumeur laissent du doute sur sa véritable nature.

Ce sont surtout les hernies de l'épiploon qui ont le plus fréquemment donné lieu à l'erreur dont nous parlons. Ainsi, quand une hernie inguinale est uniquement formée par une portion peu considérable de l'épiploon, celle-ci peut contracter des adhérences avec l'anneau inguinal, devenir immobile, irréductible, et faire croire à l'existence d'un bubon. J. L. Petit, qu'on est obligé de citer si souvent quand on s'occupe de chirurgie, a été fréquemment témoin de faits de cette espèce, et si, dans quelques cas, il a été appelé assez tôt pour préserver les malades de toute incision, il en est aussi dans lesquels le mal était consommé. C'est ainsi qu'il nous apprend (1), qu'un jeune homme ayant une tumeur à l'aîne, un chirurgien y plongea une lancette, croyant inciser un bubon abcédé; au lieu de pus, il sortit des matières fécales. Les auteurs renferment un assez grand nombre de faits semblables que nous croyons inutile de multiplier ici.

Mais ce n'est pas seulement pour des bubons que les hernies épiploïques en ont imposé. Quelquefois elles ont donné lieu à d'autres méprises, et de toutes, la plus fréquente est sans contredit celle qui consiste à regarder comme un troisième testicule une masse arrondie d'épiploon hernié. Nous sommes bien loin de vouloir nier la possibilité de l'existence d'un testicule surnuméraire; mais jusqu'à présent peu ou point d'autopsies sont venues confirmer cette donnée anatomique, qui, pour devenir vérité, a besoin d'être sanctionnée par des dissections bien faites; car, Morgagni s'est assuré par ce moyen qu'une petite tumeur que l'on avait prise pour un troisième testicule n'était qu'une hernie épiploïque. Valsalva et M. Fleury avouent

(1) *Traité des maladies chirurgicales*. 1774. Paris. T. II, p. 295.

aussi avoir commis cette erreur (1). Warner (2) a ponctionné une tumeur qu'il prenait pour une hydrocèle : c'était une *épiplocèle transparente*; la maladie existait chez un enfant. Lemercier (3), croyant inciser une hydrocèle, trouva une épiplocèle pleine d'hydatides. La fluctuation avait trompé ce chirurgien. Enfin, dans quelques cas, on a vu l'épiploon adhérent au testicule et pelotonné sur lui-même, en imposer pour un sarcocèle (4) .Pipelet, dans son mémoire sur les signes illusoires des hernies épiploïques, rapporte des faits plus ou moins analogues (5).

Hernies de la vessie. — La hernie de la vessie est celle sur laquelle la science a été le plus long-temps imparfaite; aussi a-t-elle souvent donné lieu à des méprises plus ou moins fâcheuses. On l'a surtout confondue avec l'hydrocèle. Mery (6) a commis cette erreur sur le général de la congrégation d'une maison religieuse, mais la méprise ne dura qu'un instant ; la pression de la tumeur et l'excrétion simultanée de l'urine découvrirent bientôt la nature de l'hydrocèle supposée. Pott a soustrait un enfant à une opération douloureuse, dans un cas où des chirurgiens regardaient une hernie comme un testicule devenu squirrheux.

Dans tous les cas où, comme dans ceux qui précèdent, il sera possible, en comprimant la tumeur, de faire repasser dans la cavité de la vessie le liquide contenu dans la portion herniée de ce viscère, et de déterminer par là le besoin d'uriner, il sera toujours facile de reconnaître la nature de la maladie. C'est à l'aide de ces symptômes que

---

(1) Mollet. *Diss. inaug. sur les signes diagnostiques des différentes tumeurs du scrotum*. Paris, 1803, in-8.°, p. 23.

(2) Richter. *Traité des hernies*. T. II, p. 5.

(3) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. T. V, p. 655.

(4) Cruveilhier. *Dictionnaire de méd. et de chir.-pratiques*. T. I, p. 339.

(5) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. T. V, p. 643.

(6) *Académie des sciences*. Année 1773.

l'erreur dont nous parlons a été évitée par Beaumont (1), Petit (2), Le Père et Verdier (3). Mais si, comme Bertrand l'a vu, la portion de la vessie qui fait hernie à travers l'anneau inguinal s'y trouve comprimée de manière que l'urine qui y est contenue ne puisse repasser dans le ventre, on conçoit qu'alors il serait facile de prendre cette affection pour une hydrocèle enkystée, et les signes commémoratifs pourraient seuls empêcher de tomber dans l'erreur. C'est encore dans des cas de cette espèce que l'urine, ne pouvant que très-difficilement repasser de la poche accidentelle dans la cavité vésicale, a donné lieu à la formation de calculs plus ou moins volumineux et qui, par leur volume, leur dureté, en ont imposé pour diverses maladies. Verdier (4) nous apprend qu'un calcul, ainsi renfermé dans la portion herniée de la vessie, fut pris pour un bubon, que le chirurgien employa le caustique, et que la chute de l'escarre fut suivie d'une fistule d'où l'urine sortait continuellement. Près de deux siècles auparavant, Jean Dominique Sala (5) avait vu un homme tourmenté des accidens de la pierre que l'on n'avait pu reconnaître par l'introduction de la sonde et que l'on découvrit après la mort, dans une portion de la vessie passée dans un des côtés du scrotum. Stalpart Vanderwiell (6) cite plusieurs faits plus ou moins analogues.

Signalons encore quelques erreurs principales auxquelles a donné lieu la hernie de la vessie. Plater (7), appelé auprès d'un pêcheur tourmenté par les accidens d'une rétention d'urine

---

(1) *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*. T. II, p. 15.
(2) *Ibid.*, p. 17.
(3) *Ibid.*, p. 23.
(4) *Ibid.*, p. 13.
(5) Th. Bartholin. *Hist. anat.*; cent. IV, hist. XXVIII.
(6) *Observ. med.-chir.*, obs. XC et XCI.
(7) *Observat.*, lib. III, p. 830. *Basileæ*, 1680.

que rien n'avait pu détruire, les attribua à une tumeur qui occupait *le scrotum en s'étendant jusque dans l'aine.* Il l'incisa, et aussitôt une grande quantité de liquide s'échappa avec impétuosité, et le malade se trouva soulagé. Cette tumeur était formée par la vessie. Chez un individu qui mourut trois jours après l'opération de la taille, et qui portait une hernie de la vessie, la portion de cette poche étranglée par l'anneau inguinal gauche était gangrénée; le reste de la vessie, qui était peu considérable, était en bon état (1). Il est probable que les symptômes résultant de l'étranglement de la vessie furent attribués aux suites de l'opération.

Si la hernie de la vessie à travers l'anneau inguinal a donné lieu à plusieurs méprises, quoique depuis long-temps les gens de l'art soient instruits de la possibilité de cet accident, on conçoit qu'elles ont dû être fréquentes aussi, alors que cette poche s'échappe par une ouverture accidentelle des parois abdominales. Ainsi M. Aussandon (2) assistant une femme dans le travail de l'enfantement, découvrit, en portant le doigt à l'orifice de la vulve, une tumeur élastique qu'il prit d'abord pour la poche des eaux de l'amnios. Mais bientôt ayant observé que cette tumeur ne changeait pas d'état, il examina les choses de plus près, et finit par reconnaître que ce qu'il avait pris pour la poche des eaux était une cystocèle vaginale, qui s'était formée subitement. Une algalie introduite par le canal de l'urètre donna issue à toute l'urine contenue dans cette tumeur, qui fut ensuite réduite avec facilité, et l'accouchement se termina heureusement. Robert, chirurgien de Lille, avait déjà bien auparavant communiqué une observation presque semblable à l'Académie royale de chirurgie (3), mais il évita toute

(1) *Encyclopédie méthodique*, part. méd. T. II, p. 442.
(2) *Bibliothèque médicale*, T. XXIX, p. 366.
(3) *Mémoires*. T. II, p. 33.

méprise, éclairé par ces circonstances que la femme éprouvait de fréquentes envies d'uriner, accompagnées de quelques douleurs; que la tumeur ne partait point de l'orifice de la matrice, et qu'elle n'était pas attachée à toute la circonférence du vagin, mais seulement à la paroi de ce canal qui répond au pubis. Si l'erreur fut évitée dans les observations précédentes, il n'en fut pas de même dans un cas que nous devons à notre célèbre Chaussier (1), et dans lequel la hernie de la vessie fut prise pour la tête d'un enfant, et les douleurs pour les signes d'un nouveau travail (la femme était accouchée quelques jours auparavant). Le chirurgien fit long-temps des manœuvres inconsidérées sur la tumeur, et croyant la tête prodigieuse il parlait déjà de fers et de la nécessité de les enfoncer dans la tête de l'enfant, lorsque Chaussier arriva et reconnut de suite le cas pathologique qui s'offrait à lui. Cette erreur est des plus grossières, et restera long-temps sans doute l'unique dans son genre. Cependant il existait des symptômes de hernie de vessie tellement caractéristiques, que tout homme un peu instruit l'aurait reconnue. Ces symptômes, que nous croyons inutiles de rappeler ici, suffirent à M. Brun, médecin de Montpellier, pour reconnaître une hernie vésicale, d'après les détails qui lui furent donnés sur la maladie. Une jeune personne (2) était depuis quelques années attaquée assez souvent de coliques qui disparaissaient assez promptement, et quelquefois presque subitement. « Je remarquais ensuite, écrivait la malade, que toutes les fois qu'elle (la colique) me prenait, j'urinais très-peu, sans cependant avoir de rétention d'urine, et que lorsqu'elle me quittait j'urinais abondamment; de sorte que toutes les fois qu'il m'arrivait de rendre une grande quantité d'urine,

---

(1) *Bibliothèque médicale*. T. XLII, p. 208; et Leblanc, *Précis d'opérations de chirurgie*. T. II, p. 368.

(2) *Ancien Journal*. T. XXI, p. 426.

j'étais sûre que la colique et la tumeur se dissipaient, ou du moins diminuaient beaucoup. » Malgré ces symptômes si caractéristiques, des médecins et des chirurgiens plus ou moins distingnés avaient, *pendant huit ans*, méconnu une hernie de vessie qui existait entre l'ombilic, les fausses côtes et la crête de l'os des îles. Cette méprise n'eut d'autre inconvénient que de prolonger les souffrances de la malade qui fnt promptement soulagée aussitôt que la nature de sa maladie eut été reconnue. Il en fut tout autrement dans une circonstance analogue, car la tumeur formée par la vessie fut regardée comme due à une accumulation de matières purulentes, et largement ouverte. M. Souville (1), chirurgien de Calais, à qui nous devons ce fait, avait parfaitement reconnu la nature de la tumeur, mais il ne put jamais convaincre ni le chirurgien ordinaire, ni plusieurs autres de ses collègues qui furent appelés en consultation.

La complication d'une hernie entéro-épiploïque avec une hernie de la vessie, peut empêcher de reconnaître l'existence de cette dernière. C'est ce qui est arrivé au malade dont M. Ribell (2), de Perpignan, a publié l'observation si intéressante, et qui, *pendant trente ans, fut traité d'une dysurie dépendant d'une cystocèle, et attribuée à une prétendue humeur dartreuse fixée sur le canal de l'urètre et le col de la vessie.* Dans ce cas il y eut d'abord hernie congéniale du côté gauche (il existait en même temps une hernie du côté droit, mais réductible), qui n'étant pas soutenue grossit sensiblement, et plus tard se compliqua de la sortie de la vessie : c'est alors aussi qu'apparurent les symptômes de la dysurie. M. Ribell, prévenu par les rapports du malade, qui accusait toujours, comme cause des accidens qu'il éprouvait, *sa dartre fixée au col*

(1) *Ancien Journal.* T. LXXXVII, p. 87.

(2) Nous avons oublié, à l'époque où nous prîmes note de ce fait, d'indiquer la source où nous l'avons puisé.

de la vessie et de nombreux rétrécissemens de l'urètre, eut de la peine d'abord à établir son diagnostic, et ce ne fut qu'en procédant par voie d'exclusion, voie si fertile en résultats avantageux, et en fixant son attention sur les hernies que portait le malade, et dont il avait à peine parlé, les ayant jusqu'alors considérées comme tout-à-fait étrangères à sa maladie, qu'il parvint à reconnaître la véritable cause du mal. Il résulta en effet des investigations auxquelles se livra M. Ribell, que la dysurie était d'autant plus forte que la hernie inguinale gauche était plus volumineuse; que si le malade éprouvait le besoin d'uriner au moment où la hernie était petite, l'émission des urines était facile et avait lieu par jet, et que si, pendant ce temps, la hernie s'échappait au-dehors ou grossissait, le jet de l'urine se supprimait brusquement; et que l'expérience avait appris au malade qu'en soulevant la hernie, de manière à en rendre le collet le point le plus déclive, il pouvait uriner plus facilement et en plus grande quantité. Enfin, comme si quelque doute fût encore resté dans son esprit, M. Ribell se livra à quelques expériences, et il observa que le malade ayant, pendant quatre heures, conservé ses urines et se tenant debout, le cathétérisme ne donna issue qu'à quatre cuillerées d'urine qui s'écoula de nouveau après qu'on eut réduit la hernie; et qu'en injectant deux verres d'eau dans la vessie, le volume de la hernie augmenta d'une manière très-sensible, quoique le malade restât couché, et que la tumeur, surtout vers son collet, devint le siège d'une fluctuation très-sensible. Malheureusement le malade ne retira pas grand bénéfice de ce diagnostic si bien établi, en raison des adhérences que la vessie avait contractées en dedans, adhérences dont l'existence était suffisamment établie par l'impossibilité de réduire complètement la hernie, et par la continuité non interrompue de la difficulté d'uriner.

Hernie vaginale. — Nous venons de voir que la hernie vésico-vaginale avait plusieurs fois donné lieu à diverses

autres. — Il est toujours important de ne pas tomber dans cette erreur, et parce que la manière de réduire et d'exercer le taxis varie dans l'une et l'autre espèce de hernie, et parce que toujours une hernie étranglée, quelle qu'elle soit, doit être attaquée par la partie correspondante à son collet. Avant Verbeyen, la hernie fémorale avait toujours été confondue avec la hernie inguinale : il démontra (1) le premier que les viscères du bas-ventre pouvaient passer derrière le ligament de Fallope, en suivant le trajet des vaisseaux iliaques, et venir former une tumeur au pli de l'aine. Quelque positives que soient aujourd'hui nos connaissances sur ce point de chirurgie, il peut se rencontrer des circonstances particulières qui induisent en erreur des praticiens même distingués. Ainsi il arrive quelquefois que la hernie crurale devenant plus volumineuse se porte en haut et en dedans, au-devant de l'arcade crurale, et simule une hernie inguinale. Richter (2) a vu commettre cette erreur par des chirurgiens très expérimentés. S. Cooper (3) a été témoin de semblables méprises ; et Pelletan (4) avoue avec candeur qu'il a lui-même opéré de ces hernies qu'il croyait avoir leur issue par l'anneau, et qu'il n'a reconnu son erreur qu'après avoir ouvert le sac. M. Marjolin (5) a aussi rencontré un cas où il lui fut impossible, avant l'opération, de reconnaître si la tumeur était inguinale ou crurale. Le sujet de cette observation était un ivrogne d'un embonpoint excessif, et âgé de 60 ans. Il portait dans l'un des côtés du scrotum, une tumeur volumineuse qui s'étrangla. Au moment de l'opération, l'on s'aperçut que le ma-

---

(1) *Corporis humani anatomia.* Louvain, 1693, p. 50.

(2) *Loc. cit.*, p. 243.

(3) *Dictionnaire de chirurgie-pratique.* Article *Hernie.*

(4) *Clinique chirurgicale.* T. III, p. 327.

(5) J. J. Rousseau, *Essai inaugural sur la hernie fémorale.* Paris, 1819, in-4.°, N.° 154, p. 21.

lade avait à l'aine des cicatrices nombreuses et très-adhérentes, et que la tumeur semblait se diriger vers l'arcade crurale pour rentrer dans l'abdomen. Cette circonstance fit soupçonner que c'était une hernie fémorale. L'incision fut dirigée en conséquence, et quand le sac fut ouvert l'on vit clairement que la tumeur avait franchi l'arcade crurale, et qu'elle s'était dirigée ensuite vers le scrotum, probablement à cause de la résistance que les cicatrices de l'aine avaient opposée à son accroissement. L'autopsie confirma tous ces faits.

La hernie inguinale interne ou directe est assez commune chez l'homme : chez la femme au contraire elle est extrêmement rare. Lawrence et Hesselbach en rapportent chacun un fait. Un cas semblable a fait tomber M. Roux dans une méprise qui aurait pu être fâcheuse. Une femme (1) est apportée à la Charité : un peu au-delà de la moitié interne du pli de l'aine du côté droit existe une tumeur un peu moins grosse qu'un petit œuf de poule, dont le diamètre transversal est un peu plus considérable que celui qui mesure la hauteur. La malade ayant étendu la cuisse, la tumeur parut moins oblongue, plus arrondie, et le doigt put aisément suivre sa base dans toute l'étendue de son contour. M. Roux, après l'avoir examinée avec attention, la jugea être une hernie crurale. Après l'ouverture du sac, une sonde canelée fut introduite du côté interne de l'anneau dans la direction du ligament de Gimbernat. Une partie tendineuse fut coupée, et à l'aide de ce débridement la réduction opérée. La malade mourut. L'autopsie fit reconnaître qu'on s'était trompé en regardant cette hernie comme une hernie crurale : elle était inguinale, et l'intestin, au lieu de s'être engagé par l'orifice supérieur du canal inguinal, avait passé directement d'arrière en avant, entre les deux piliers de l'anneau, après avoir traversé l'aponé-

(1) *Journal hebdomadaire*. 1830. T. VII, p. 230.

de 61 ans, habitant Paris depuis treize ans, est, depuis cinq années environ habituellement enrhumé. Ce n'est que depuis quelque temps, un an peut-être, que la respiration a commencé à devenir difficile. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Dans ces derniers temps il a été forcé souvent de coucher sur la paille, exposé à la rigueur du froid; c'est à cette circonstance qu'il croit devoir attribuer l'exaspération qu'a subie son rhume habituel, et qui l'a conduit à la Pitié. Couché au N.° 12 de la salle Saint-Léon, il nous présente l'état suivant : l'embonpoint est ordinaire, la face offre une teinte violacée, à-peu-près uniforme, les mains sont agitées de secousses involontaires, que le malade attribue, de lui-même, aux excès alcoholiques auxquels il s'est souvent livré; les voies digestives n'offrent rien d'anormal à noter, si ce n'est une diminution d'appétit; le pouls donne 116 pulsations; il y a 26 respirations par minute. La parole est haletante; la respiration, sifflante, est laborieuse et fortement costale : par la percussion, résultats complètement négatifs. A l'auscultation nous entendons un râle crépitant dans un grand nombre de points de la poitrine; en arrière et à droite, il est mêlé à du râle sibilant; en arrière et à gauche bruit d'expiration très-prononcé. Rien d'appréciable au cœur, dont les battemens sont en grande partie masqués par les râles. M. Andral prescrit une saignée de 4 palet. Potion gom. Infus. de violettes. Diète. Le sang tiré de la veine nous offre un caillot large, de consistance ordinaire, partiellement décoloré à sa surface, peu de sérosité. Aucun changement appréciable dans l'état du malade. Cet état demeure le même pendant quatre ou cinq jours; alors un accès de dyspnée très-fort arrive. Le lendemain de cet accès le pouls donne encore 108 pulsations; on remarque un peu d'irrégularité dans les battemens de l'artère; la respiration est à 24. Un râle muqueux prononcé, qui masque les bruits du cœur, existe en avant de la poitrine des deux côtés, à gauche et

en arrière. Il y a, à la fois, du râle muqueux et du râle crépitant ; à droite la respiration est très-faible ; rien vers les voies digestives. (Un pot d'eau d'orge avec sulfate de soude ℥j et tartre stibié un demi-gr. Une soupe, deux bouillons). Ce purgatif provoque dix selles sans coliques. Le pouls tombe à 84 et n'offre plus l'irrégularité qu'il a présentée hier ; au lieu de 24 respirations par minute il n'y en a plus que 16 ; on n'entend plus de râles à la partie antérieure de la poitrine, ils existent encore en arrière. Le malade sort.

Il n'est point de cas où, d'après notre manière habituelle de juger les choses aujourd'hui, une saignée générale fût plus nettement indiquée. L'intensité du mouvement fébrile, l'accélération de la respiration, etc., tout concourait à fonder cette indication. On voit évidemment pourtant qu'elle n'amène aucun résultat, et après une expectation de cinq jours, le malade est pris d'un violent accès de dyspnée, un mouvement fébrile intense se manifeste, l'auscultation démontre que la muqueuse bronchique est le siége d'une vive congestion ; c'est alors que le purgatif est administré. Dès le lendemain, la muqueuse digestive est revenue à l'état normal ; le pouls, de 108, est tombé à 84, la dyspnée a cessé, les divers râles, entendus la veille, n'ont point encore entièrement disparu, mais déjà ils sont bien plus rares qu'ils n'étaient. Il est fâcheux que ce malade, émerveillé de cette rapide amélioration, se soit si vîte soustrait à notre observation. Ce mieux se sera-t-il soutenu ? S'il nous est permis de juger d'après des faits analogues, nous le croyons.

Obs. II[e] — *Hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités ; bronchite chronique.* — Un tourneur en bois, âgé de 53 ans, habitant la campagne, arrivé à Paris le 29 novembre, entre le lendemain à l'hôpital. A l'âge de 12 ans il a commencé à être sujet au rhume, surtout l'hiver. Depuis sa première jeunesse il a l'haleine courte. Depuis

15 ans il est asthmatique ; il n'a jamais eu d'hémoptysie ni d'épistaxis. Il a eu, de temps en temps, des hémorrhoïdes. Pendant toute sa vie enfin, il a été sujet à des douleurs rhumatismales. Le 30 novembre, le malade nous offre les symptômes suivans : face et lèvres légèrement violacées, membres supérieurs un peu œdématiés, infiltration considérable des membres inférieurs, ascite légère. Langue saine, soif assez vive, appétit conservé, ventre indolent dans tous les points, selles normales ; pouls très-fréquent, filiforme, tellement irrégulier que le nombre des pulsations n'en peut être compté. Matité à la région du cœur dans une grande étendue ; battement irrégulier avec impulsion assez forte, sans bruit particulier, ne s'entendant que faiblement sous la clavicule droite, s'entendant assez fortement sous la gauche. Percussion normale sous les deux clavicules ; en avant, des deux côtés, respiration obscurcie par des râles muqueux et ronflant, en arrière râles muqueux sous-crépitans, disseminés çà et là ; respiration haute, costale, 28. Râle muqueux laryngien.

Comme dans l'observation précédente, M. Andral commence encore ici par prescrire une saignée de quatre palettes ; le sang ne présente point de couenne. Le malade a bien reposé la nuit, il dit être soulagé ; cependant nous ne notons aucun changement dans l'état des organes thoraciques, le pouls a toujours le même caractère, l'œdème des membres est le même. 12 grains de calomel sont prescrits, ils déterminent quatre selles très-liquides ; nous comptons 22 respirations : le pouls, qui peut être compté pour la première fois, donne 84 pulsations par minute, mais il est toujours irrégulier, très-petit. Du reste, l'état est le même. On laisse un jour de repos au malade. Le 4, on recourt de nouveau à un purgatif, on prescrit un pot d'eau d'orge avec une once de sulfate de soude et un demi-grain d'émétique : 7 selles assez abondantes sont le résultat de l'action de ce moyen. Par l'auscultation, nous ne notons que peu de

changement dans l'état local de la muqueuse bronchique. Cependant il n'y a plus que 20 respirations par minute, la fonction respiratoire s'accomplit d'une manière moins laborieuse, le pouls donne 84 pulsations; il y a une diminution notable dans l'infiltration des membres. Le 5, cette amélioration continue; le malade a bien reposé la nuit; il n'y a point eu de battemens de cœur; le pouls bat 76 fois, la respiration devient de plus en plus facile; la toux, assez forte les premiers jours, est beaucoup moindre aujourd'hui. Nous ne poursuivrons pas plus loin l'histoire de ce malade, qu'on soumet sucessivement à l'influence de divers moyens thérapeutiques dont nous n'avons point ici à étudier le mode d'action. Il n'est personne qui, dans un cas d'affection organique du cœur, demandât aux purgatifs une guérison radicale. En face d'une pareille maladie le praticien se félicite quand, après avoir tenté l'emploi d'un plus ou moins grand nombre de moyens, il finit par en rencontrer un à la faveur duquel il peut faire disparaître momentanément au moins les accidens.

Obs. IIIe. — *Emphysème pulmonaire; bronchite chronique. Forte dyspnée.* — Un tailleur, âgé de 60 ans, a reçu plusieurs blessures, dans les nombreuses campagnes qu'il a faites en qualité de militaire. Dans l'une d'elles, il a eu le corps traversé par une balle, à la hauteur de l'estomac. Vers le même temps, il a commencé à devenir sujet au rhume; c'est à cette époque aussi qu'il fait remonter l'origine d'une dyspnée qui ne l'a point quitté jusqu'ici. Cette dyspnée a toujours été en augmentant; elle atteint son maximum d'intensité dans les temps froids et humides. Ce malade d'ailleurs n'a jamais eu d'hémoptysie ni de battemens de cœur, jamais d'œdème. — État du 8 décembre: amaigrissement assez grand, que le malade dit n'être devenu bien sensible pour lui que dans ces derniers temps. Léger enfoncement sous les deux clavicules, poitrine d'ailleurs régulièrement conformée; partout en avant sonoréité

plus grande que dans l'état normal, elle existe même à la région du cœur. En arrière, même exagération de la sonoréité, qui est surtout considérable un peu au-dessous et en-dedans de l'angle de l'omoplate gauche. Pour l'auscultation en avant, mélange confus de râles sibilant, ronflant, aussimarqués dans l'expiration que dans l'inspiration, surtout à gauche. En arrière dans l'expiration, on n'entend presque que le bruit des râles. La respiration, bien que laborieuse, n'est cependant comptée que pour 28, le pouls donne 80 pulsations, le cœur n'offre rien d'anormal dans ses battemens. Nous ne notons d'autres troubles du côté des voies digestives que la diminution de l'appétit, et une douleur épigastrique que la toux développe de temps en temps. Déjà ce malade a subi de nombreuses saignées qui n'ont déterminé qu'une amélioration fort douteuse dans son état : on lui prescrit 2 gouttes d'huile de croton. Les selles ont commencé 3 heures après l'ingestion de l'huile, elles ont duré 6 heures et ont été fort abondantes. Les symptômes fournis par le stéthoscope sont restés les mêmes; mais la respiration est moins laborieuse, il y a moins d'oppression évidemment pour le malade; nous comptons 20 respirations seulement, le pouls est à 72.

Dans cette observation, comme dans la précédente, pendant que les signes physiques qui nous traduisent l'altération organique de la muqueuse pulmonaire, ne nous montrent, sous l'influence du moyen employé, aucune ou presque aucune modification appréciable, l'acte vital de l'organe auquel cette muqueuse appartient se trouve notablement modifié; en même temps l'accélération des battemens du cœur cesse ou au moins diminue : y a-t-il entre ces deux derniers phénomènes une corrélation telle que l'un étant produit, l'autre suive nécessairement, ou bien les deux phénomènes sont-ils le résultat simultané de quelque modification profonde qui jusqu'ici s'est dérobée à nos sens? c'est ce que nous ne chercherons point à déterminer, nous nous bornerons à constater le fait.

Obs. IVe *Bronchite chronique; emphysème pulmonaire. Légère hypertrophie du cœur.* — Un ancien militaire, âgé de 68 ans, ayant reçu plusieurs blessures, sujet à d'anciennes douleurs rhumatismales, a été pris d'un rhume assez violent il y a quatre ans. Depuis ce temps il est asthmatique, comme il le dit : il respire difficilement, il a des accès fréquens de toux et expectore peu; il n'a jamais eu d'hémoptysie. Reçu plusieurs fois [illegible]s les hôpitaux il a obtenu peu de soulagement des diverses médications auxquelles il a été soumis. Admis à la Pitié, le 15 novembre, il présente les symptômes suivans : le facies n'offre point cet aspect vultueux qui se rencontre le plus souvent chez les dyspnéiques; absence d'œdème, il n'y en a jamais eu; douleur vive à quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du sein gauche; point de palpitations; légère impulsion du cœur dont les battemens s'entendent très-faiblement au-dessous de la clavicule droite, et ne s'entendent point du tout sous la clavicule gauche. Sonoréité générale des parois de la poitrine, prononcée surtout à gauche; en avant le bruit respiratoire s'entend des deux côtés, depuis les clavicules jusqu'au niveau des seins; au-dessous de ce point ce bruit devient très-faible. Dans l'expiration, et en quelques points seulement, ronflement très-fort qui disparaît après que le malade s'est mis momentanément sur son séant; en arrière des deux côtés râle sous-crépitant, régnant dans une grande étendue de la poitrine. Toux fréquente, augmentant fortement la douleur; expectoration à-peu-près nulle; respiration élevée, laborieuse, à 36; pouls à 100. Rien d'anormal du côté des voies digestives.

M. Andral, entendant répéter souvent à ce malade que les saignées, tout en l'affaiblissant, n'apportaient que peu d'amélioration dans son état, convaincu d'ailleurs que l'action des purgatifs sur la muqueuse gastro-intestinale, quelle qu'elle soit, s'éteint rapidement, ordonne 2 gouttes d'huile de croton à prendre le matin dans une cuillerée de tisane

ordinaire. Le purgatif, sans déterminer de douleur à l'estomac, provoque 18 selles abondantes de matières jaunes. Le ventre n'offre aucune douleur le lendemain à la visite; la langue est sans rougeur, un peu collante seulement; il y a plus de soif qu'hier; désir des alimens. La douleur de poitrine a, en grande partie, disparu; la toux existe à-peu-près aussi fréquente; les crachats abondans sont constitués par un liquide visqueux, semblable à une forte dissolution d'eau de gomme. La poitrine offre, en avant, à l'auscultation et à la percussion, les mêmes résultats que la veille; en arrière le râle sous-crépitant n'existe plus que disséminé en quelques points rares; respiration plus facile, à 20; pouls tombé de 100 pulsations à 68. Le lendemain 18, rien d'anormal du côté des voies digestives, comme nous l'avons dit; un peu de toux la nuit, douleur de côté un peu plus vive qu'hier; le pouls demeure à 68, la respiration à 20; il y a de l'appétit, on permet le quart de la portion. Le 19, le malade ne parle plus de sa douleur, il accuse un peu de dyspnée. Il reste dans la salle jusqu'au 24, mangeant les trois-quarts. Il sort le 25.

A en juger d'après la rapidité avec laquelle cessent les accidens nombreux que nous présente ce malade, quand un flux abondant se fait à la surface de la muqueuse intestinale, ne semble-t-il pas naturel de voir un rapport de causalité entre ces deux séries de faits? Combien de gens se montrent moins difficiles dans de semblables jugemens, quand il s'agit d'apprécier des résultats thérapeutiques qui ne vont point à l'encontre de leurs théories?

Obs. V *Pleurodynie.* — Un cordonnier, âgé de 33 ans, à Paris depuis 10 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Le seul accident qu'il ait éprouvé quelquefois est un point de côté : du reste il n'est point sujet à s'enrhumer et n'a jamais eu d'hémoptysie. La première fois qu'a paru ce point de côté, en 1813, il a été enlevé au moyen d'une saignée générale. L'hiver dernier une semblable douleur s'est développée au-dessous du sein gauche; cette fois elle disparut

spontanément et n'a duré que trois jours. Enfin, le 18 novembre 1833, il a été pris d'une douleur du même caractère au-dessous du sein gauche. Cette douleur, qui a persisté jusqu'au 23 du même mois, s'est propagée jusqu'à l'épaule du même côté. La pression, la respiration, certains mouvemens, et surtout ceux que nécessite la marche, la rendent plus vive; point de toux, point d'oppression; jamais de battemens de cœur; la percussion et l'auscultation ne fournissent que des résultats négatifs; le pouls donne 68 pulsations par minute, le nombre des respirations n'a point été noté. Le purgatif ordinaire est prescrit, il ne provoque que 5 selles; le pouls demeurait ce qu'il était hier, la douleur n'est nullement modifiée. On a recours aux sangsues, on en prescrit 20, *loco dolenti*. Le lendemain de cette application la douleur est à-peu-près nulle, le pouls ne donne plus que 60 pulsations. Le surlendemain quelques légers ressentimens encore, enfin disparition définitive.

Nous n'avons rapporté ce fait que pour le mettre en opposition avec le précédent. Pourquoi les saignées locales échouent-elles si complètement dans le premier, tandis qu'elles réussissent si manifestement dans le second? Pourquoi, d'un autre côté, un purgatif, sans effet ici, a-t-il là une influence aussi heureuse? Qu'on oppose souvent ainsi les faits les uns aux autres, qu'on les analyse sévèrement, nous sommes convaincu que par là on arrivera à poser des distinctions méthodiques bien plus fécondes en données thérapeutiques importantes, que toutes ces systématisations prématurées, qui ne s'appuyent que sur une identité apparente.

Obs. VIe *Point de côté avec gêne considérable de la respiration.* — Une femme, âgée de 50 ans, douée d'une constitution forte, et jouissant habituellement d'une bonne santé, a été prise brusquement, il y a trois jours, d'un point de côté, sans frisson initial et sans cause déterminante évidente. Cette douleur très-vive, règne dans une assez grande

6.

étendue du flanc droit, en dehors des côtes. Elle augmente à la pression, gène singulièrement la respiration qui est à 60. Toux peu fréquente, à laquelle la malade craint de se livrer, parce qu'il en résulte pour elle un supplice insupportable. Murmure respiratoire faible, sans doute à cause de la dilatation incomplète de la poitrine; du reste aucun râle; point de matité. Le pouls donne 100 pulsations par minute; il n'y a point eu de selle depuis cinq jours, rien autre chose d'anormal du côté des voies digestives. La peau a sa coloration naturelle. M. Andral commence par prescrire à cette malade 30 sangsues sur le point douloureux qu'on devra recouvrir d'un cataplasme émollient quand celles-ci seront tombées. Le lendemain, 22 novembre, nous ne notons aucune modification appréciable dans l'état du flanc; cependant la respiration est moins accélerée, elle n'est plus qu'à 40; le pouls est descendu à 92. La malade n'ayant point eu de selles depuis six jours, les purgatifs s'offrent en quelque sorte d'eux-mêmes comme propres à remplir ici une double indication. On ordonne une once de sulfate de soude et un demi-grain d'émétique, à prendre dans un pot d'eau d'orge. Bouillon aux herbes. Diète. Ce purgatif détermine 4 selles assez abondantes, sans coliques, et un vomissement. La respiration, bien plus libre encore qu'hier et bien moins anxieuse, n'est plus qu'à 32; le pouls bat 88 fois par minute; la douleur existe encore, mais elle est beaucoup moins vive et peut être bien plus aisément circonscrite; on permet deux bouillons. Le 24, persistance de la douleur qui augmente encore par la pression. 24 respirations seulement par minute; pouls à 84. On revient de nouveau aux sangsues, on en prescrit 40. La douleur, légèrement diminuée, reparaît encore au bout de deux jours; une troisième application de 20 sangsues est prescrite, elle n'amène aucun résultat. De guerre lasse, on abandonne la douleur à elle-même qui finit par s'éteindre peu-à-peu.

Bien que dans cette observation la médication purga-

tive n'obtienne point un succès aussi décisif que dans plusieurs des cas précédens, nous y voyons cependant cette médication continuer heureusement une amélioration commencée par la méthode antiphlogistique. Les anciens combinaient souvent ainsi deux médications que des théories exclusives déclarent si opposées dans leur manière d'agir sur l'organisme ; ce fait ne montre-t-il point qu'ils ne s'étaient pas mépris sur les cas où ils disent que cette façon de procéder leur réussissait si bien ?

OBS. VII[e]. — *Laryngite chronique.* — Une femme, âgée de 43 ans, habitant Paris depuis 20 ans, a toujours joui d'une bonne santé, mais était sujette à s'enrhumer ; elle ne se rappelle point avoir jamais eu de point de côté, elle n'a jamais eu non plus d'hémoptysie. Suppression du flux menstruel depuis six mois ; rien qui indique un état de grossesse. 7 septembre, la malade est dans l'état suivant : douleur vive au larynx, que la pression augmente, qui s'étend à tout le col, et qui envoye des irradiations jusque dans l'oreille gauche. La déglutition et le parler sont également douloureux. A l'inspection, l'arrière-bouche ne présente aucune lésion appréciable. La malade fait remonter à un temps assez éloigné cette douleur qui la fait souffrir beaucoup. Il y a aphonie complète. Dyspnée que la marche ascendante augmente, et dont la malade ne précise point le début. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des renseignemens négatifs. Pouls à 80 ; 20 respirations par minute.

M. Andral commence par prescrire une saignée générale, dans la vue de suppléer à l'absence des règles prématurément supprimées. Aucun effet appréciable ne suit cette saignée ; le pouls présente même une augmentation de fréquence assez remarquable, il donne le lendemain de l'ouverture de la veine 112 pulsations à la minute ; mais la peau n'offre point de chaleur anormale ; cette fréquence persiste pendant tout le temps du séjour de la malade à la Pitié. Il est probable que cet effet est dû à une émo-

tion morale. Quoi qu'il en soit, dans la vue d'attaquer le mal localement, en poursuivant la même méthode thérapeutique, on prescrit trente sangsues sur le larynx : le sang a coulé long-temps et abondamment : cependant la douleur de la gorge est plus vive que les jours précédens, la voix est plus altérée. On ne croit point devoir insister plus long-temps sur des moyens qui entraînent à leur suite de semblables résultats : on ordonne des frictions sur le col avec l'huile de croton tiglium. Ces frictions déterminent, sur la peau où elles ont été pratiquées, une éruption de nombreux boutons miliaires; la voix semble avoir acquis un peu de timbre, la douleur est un peu moindre, mais bientôt l'éruption se flétrit, et tout revient au même état. Les choses en étaient à ce point quand, le 16, la malade fut prise, sans cause appréciable, d'un dévoiement abondant qui ne paraît avoir été accompagné d'aucune réaction, soit locale, soit générale : ce jour-là même, la douleur du larynx est beaucoup moins vive : mais ce flux s'arrête, et la douleur revient à son premier degré d'intensité. Ne perdant point de vue l'amendement notable qui était survenu chez la malade au moment où le flux intestinal spontané vint à s'établir, M. Andral cherche à provoquer de nouveau un flux semblable ; pour cela il prescrit deux gouttes d'huile de croton intérieurement : il en résulte huit selles vertes en bouillie ; la douleur de la gorge est nulle. Le lendemain la douleur n'a point reparu. Cependant, dans la crainte de la voir reparaître encore, la malade prend de nouveau le même purgatif à la même dose : six selles ont lieu. Depuis ce moment jusqu'au 12 janvier où la malade est sortie, la douleur du larynx ne s'est point rencontrée. Quelques agens spéciaux, qu'il est inutile d'indiquer ici, ont rendu d'ailleurs à la voix sa force et son timbre naturels.

On ne serait point admis à prétendre ici qu'entre la cessation des douleurs du larynx et l'apparition du flux intestinal signalé, il y ait eu une simple coïncidence fortuite,

car nous voyons là une sorte de gradation harmonique entre ces deux phénomènes La première fois que le flux intestinal apparait, la douleur diminue d'une manière remarquable; ce flux cesse , et la douleur reparaît avec sa première intensité : on détermine artificiellement un semblable flux à la surface de la muqueuse digestive , et aussitôt la douleur finit.

Nous pourrions alonger cette première série de faits en en rapportant un assez bon nombre où nous verrions la médication purgative déterminer une amélioration plus ou moins remarquable dans l'état des malades chez lesquels on y a recours. Mais il nous reste à suivre les effets de cette médication dans les maladies d'autres appareils; force nous est donc de nous borner. D'ailleurs avant d'en finir sur ce point, nous dirons que si nous avons vu cette médication réussir dans un certain nombre de cas, il s'en faut bien qu'elle ait eu le même succès dans tous les cas où nous avons vu M. le professeur Andral l'employer : aussi nous pourrions citer des cas où tout le succès obtenu par ce moyen a consisté dans un amendement fugitif, plutôt apparent que réel; car , dès le lendemain, nous voyions les choses revenir tout-à-fait au même état où elles étaient avant la perturbation des fonctions digestives. Dans d'autres cas, cette amélioration précaire n'était même pas obtenue; mais , chose digne de remarque, dans aucune circonstance nous n'avons vu cette perturbation, par fois assez violente, aboutir à une exaspération de la maladie : une fois le malade sous l'influence du modificateur, ou bien la maladie décroissait rapidement, ou bien elle était modifiée dans quelques-uns de ses symptômes seulement , ou bien elle continuait sa marche , comme si rien n'était survenu de nouveau dans l'économie, mais jamais d'exacerbation évidente dans la souffrance des organes malades : le cœur seulement, comme nous l'avons vu dans la première partie , a montré une très-légère accélération dans les battemens dans deux ou trois cas.

Passons maintenant aux maladies d'un appareil non moins important dans l'économie que celui que nous venons d'étudier, et voyons ce que deviennent ces maladies, sous l'influence des agens purgatifs.

(La suite à un prochain Numéro.)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur la névralgie de la face; par le docteur C. F. BELLINGERI (1).

Ce nouveau travail du docteur Bellingeri renferme le résultat de ses observations pendant quatorze années qu'il a exercé la médecine à Turin. Pendant ce temps, il a eu à traiter 5,612 malades, parmi lesquels il s'en trouva 40 qui étaient affectés de névralgie des divers rameaux de la cinquième ou de la septième paire.

Symptomatologie. — Bellingeri n'a que peu de choses à ajouter aux descriptions des symptômes données par les auteurs. Une fois, il a vu, dans un cas de céphalalgie sus-orbitaire du côté gauche, les cheveux devenir plus hérissés, plus épais, et croître plus rapidement dans toute la partie antérieure du côté malade que de l'autre côté. Cette névralgie fut guérie par l'incision et la cautérisation consécutive du nerf, et les cheveux reprirent leur accroissement normal. Dans un autre cas, au contraire, les cheveux du côté malade tombèrent.

Forme et marche. — En général, la névralgie a une marche intermittente, mais irrégulière. Quelquefois les accès sont périodiques; souvent la névralgie, traitée con-

---

(1) *Annali universali di Medicina*, avril 1834.

venablement, a été ramenée au type double-tierce et surtout quotidien, et alors elle a été guérie facilement par le quinquina. Les accès périodiques, soit quotidiens, soit double-tierces, se développent toujours avant le milieu du jour. Jamais les accès ne sont périodiques dès le début.

Siége. — Le siége le plus ordinaire de la névralgie est la cinquième paire. Deux fois seulement elle existait dans la septième paire; dans l'un de ces deux cas, la maladie dépendait d'une cause traumatique, et dans l'autre, elle était causée par le développement de glandes scrofuleuses dans le voisinage du nerf. Des rameaux de la cinquième paire, les plus fréquemment atteints sont le sous-orbitaire et le frontal, le premier presque toujours à droite, le second ordinairement à gauche. La névralgie frontale ou des diverses branches de l'ophthalmique est celle qui offre le plus souvent la forme périodique, ce qui n'arrive jamais à la névralgie sous-orbitaire.

Influence de l'âge. — Tous les malades avaient passé 40 ans, à l'exception de deux frères, l'un de 25 ans et l'autre de 30, dont la mère était sujette depuis beaucoup d'années à des douleurs de tête opiniâtres qui se reproduisaient souvent dans le courant de l'année.

Sexe et tempérament. — Le sexe ne paraît pas influer sur le développement de la maladie, mais les célibataires y sont plus sujets. Il en est de même pour les individus à tempérament sanguin, ou sanguin-nerveux, aux formes athlétiques, ou dont la fibre est rigide, serrée et sensible.

Epoques de l'année. — Les névralgies se développent presque toujours pour la première fois au printemps ou à l'automne, mais surtout au printemps. Il faut noter qu'en Piémont le printemps est plus sujet que l'automne aux vicissitudes atmosphériques. C'est aussi dans ces deux saisons que les accès de névralgie qui durent depuis un certain temps, se montrent avec le plus d'intensité.

Durée. — Les névralgies anciennes, rebelles à tout trai-

tement, cessent spontanément, ou s'affaiblissent beaucoup après une durée de dix à douze ans. Dans un cas seulement, une névralgie sous-orbitaire du côté gauche entraîna le malade au tombeau au bout de huit ans. C'était un prêtre sexagénaire, de tempérament sanguin-nerveux, à fibre rigide et sèche. La maladie fut guérie d'abord ; mais ce prêtre étant allé dans un autre pays, la névralgie reparut et résista à tous les moyens.

Récidives. — Chez deux sujets qui furent guéris de cette maladie, l'affection reparut chez l'un au bout de deux ans, chez l'autre au bout de dix. Ils furent guéris une seconde fois. Chez tous deux, la récidive eut son siége dans le nerf primitivement affecté, mais du côté opposé. Bellingeri a guéri 36 névralgies aiguës, qu'il a eu à traiter dès leur début. Dans le plus grand nombre de ces cas, la maladie n'a récidivé qu'après plusieurs années ; dans les autres, la guérison paraît solide. Les autres cas étaient des névralgies chroniques ; une seule fois il a obtenu une guérison radicale par la section du nerf sus-orbitaire. Les trois autres fois, il n'a pu apporter que du soulagement.

Causes. — Deux fois la névralgie reconnaissait une cause traumatique. Dans le premier cas, la maladie se développa à la suite d'une chute sur la tête, et fut guérie. Dans l'autre, elle fut causée par un morceau de fer émoussé qui, en tombant d'un lieu élevé, heurta contre le nerf sous-orbitaire gauche. Deux autres fois, la névralgie fut causée par un accès de frayeur. Dans le premier cas, les accès devinrent avec le temps moins douloureux et moins fréquens ; le malade mourut d'apoplexie au bout de dix ans. Dans le second cas, la névralgie, qui occupait le rameau frontal droit, fut terrible ; elle dura huit ans, céda alors ; mais elle reparut dans le rameau frontal gauche avec moins d'intensité. Elle dura encore pendant deux ans, et disparut spontanément. Mais elle laissa après elle une céphalée intense vers la région occipitale, qui détermina la manie ;

à celle-ci s'ajouta une gastro-entérite, avec aversion complète pour les alimens, et la malade mourut épuisée. Les névralgies causées par la terreur semblent être très-rebelles. Bellingeri n'a vu qu'une fois la névralgie se manifester à l'époque de la cessation des règles ; et, chez un homme, à la suite de la suppression des hémorrhoïdes. Ces deux névralgies furent guéries par la méthode antiphlogistique et calmante. La cause rhumatismale est la plus fréquente de toutes les causes de névralgie de la face. Elle consiste dans l'action prolongée du froid humide sur le corps, ou dans les changemens brusques de température, ou dans le froid dirigé sur la figure. La névralgie est souvent produite par l'habitation dans un lieu humide et bas, dans des maisons récemment construites ou mal exposées. Deux prêtres, qui habitèrent successivement la même maison exposée au vent de l'ouest, furent affectés de névralgie sous-orbitaire, l'un à gauche, l'autre à droite. Un sénateur s'étant promené en voiture, le 1er janvier 1814, jour froid et humide, avec la glace de la portière ouverte à droite, sentit l'air froid et humide sur son visage et fut pris de névralgie sous-orbitaire de ce côté. La névralgie, qui a été très-douloureuse, dure depuis vingt ans ; le malade est octogénaire. Pendant les six premières années, les accès furent très-fréquens et très-intenses ; mais depuis ils se sont adoucis peu à peu, et ils sont maintenant très-rares et très-peu douloureux. Une dame, de tempérament sanguin et robuste, âgée de 55 ans, après avoir éprouvé des chagrins, s'étant tenue pendant long-temps à une fenêtre qui donnait sur la mer, dans un moment où il soufflait un vent froid et humide, fut affectée de névralgie sous-orbitaire gauche. Elle fut traitée, dès le début par la méthode antiphlogistique dans toute sa rigueur, puis par la méthode calmante, et usa de tous les extraits narcotiques, etc. Mais elle ne put jamais obtenir une guérison radicale, ni de longs intervalles sans douleur. La névralgie a duré opiniâtrement et avec intensité

pendant douze ans, et elle s'est calmée spontanément. Voilà trois ans que la malade n'éprouve plus aucune douleur.

Trois espèces de névralgies. — La névralgie de la face est *inflammatoire*, *irritative* ou *nerveuse*. La névralgie inflammatoire se subdivise en trois variétés, *sanguine*, *phlogistique*, *rhumatismale*.

Névralgie inflammatoire sanguine. — Cette névralgie dépend d'une simple congestion sanguine vers l'encéphale ou vers les troncs nerveux, ou d'une pléthore générale, comme lorsqu'elle est consécutive à la suppression des règles, des hémorrhoïdes ou de quelque autre hémorrhagie habituelle. Dans ces cas, la pléthore générale ou la congestion sanguine locale constitue l'unique élément de la maladie, lorsqu'un véritable travail inflammatoire n'a pas encore été produit. On obtient la guérison en rétablissant les hémorrhagies habituelles, en pratiquant quelques émissions sanguines, en administrant quelques purgatifs, et en prescrivant une diète convenable.

Névralgie inflammatoire phlogistique. — Cette névralgie dépend d'une véritable phlogose développée dans le rameau nerveux ou à son origine. La névrite se manifeste à la suite d'une congestion sanguine longtemps prolongée, ou par une cause traumatique. Assez souvent une cause de nature rhumatismale donne lieu à la névralgie phlogistique; il en est de même de la suppression de la transpiration, de la répercussion d'un exanthême, des dartres. La phlogose du nerf peut déterminer une transsudation séreuse, ainsi que Cotugno l'a observé pour la névralgie sciatique, ou l'épaississement du névrilemme, ou enfin une tuméfaction de la substance même du nerf. Il faut se rappeler que le plus souvent les névralgies participent plus ou moins dans leur début au caractère phlogistique ou de congestion sanguine simple, et qu'il faut alors toujours employer avec plus ou moins d'énergie les moyens antiphlogistiques. La névralgie par cause traumatique est souvent dans ce cas;

mais d'un autre côté, la cause vulnérante produit souvent des lésions variées du nerf, qui exigent des moyens particuliers. Bellingeri a vu des névralgies par cause traumatique guéries par la méthode antiphlogistique et calmante, lorsqu'elles avaient été traitées dès leur début, tandis que dans des cas où la maladie était ancienne, les mêmes moyens ne produisirent que du soulagement.

Névralgie inflammatoire rhumatismale. — Cette variété est causée par l'action du froid et de l'humidité, ainsi qu'il a été dit plus haut. Elle est toujours, au début, de nature phlogistique et exige alors les moyens antiphlogistiques conjointement avec les calmans. Mais plus tard, les révulsifs et les diaphorétiques sont nécessaires. Le plus grand nombre des névralgies observées par Bellingeri appartenaient à cette subdivision, et il a eu la satisfaction de guérir radicalement toutes celles qu'il a prises dès le début.

Névralgie irritative. — La névralgie irritative est celle qui dépend d'un corps étranger qui irrite le nerf, d'une dent cariée, de vers, de tumeurs dans les sinus frontaux ou maxillaires; de la rétrocession d'un exanthême ou de dartres, ou enfin de la syphilis. Dans tous ces cas la névralgie n'est curable qu'autant qu'on fait disparaître la cause irritante, qu'on rappelle les exanthêmes, etc.

Névralgie nerveuse. — La névralgie purement nerveuse, est *intermittente irrégulière* ou *intermittente périodique*. La névralgie idiopathique, d'essence nerveuse, dès le début, est très-rare : telles sont celles qui sont produites par les affections morales. Telles sont encore les névralgies sympathiques, du moins dans le principe; car, plus tard, les accès répétés peuvent déterminer une véritable phlogose du tronc nerveux. Enfin, on peut rattacher à cette espèce les névralgies inflammatoires, ou par cause irritante, qui persistent après que toute inflammation a cessé et que toute cause d'irritation a été enlevée, et qui cèdent aux calmans.

Lorsque la névralgie intermittente périodique est purement nerveuse, elle n'exige que le quinquina ; mais quelquefois elle dépend d'une cause phlogistique ou rhumatismale, et alors il faut employer auparavant les antiphlogistiques. Presque toujours, quand l'usage du quinquina est requis, les antiphlogistiques doivent être employés préalablement, sans quoi l'on s'exposerait à augmenter le mal au lieu de le faire disparaître ; car il est rare qu'une névralgie, même d'essence nerveuse, ne s'accompagne pas, à son début, de congestion inflammatoire.

Avant de passer au traitement des névralgies de la face, le docteur Bellingeri rapporte l'observation suivante qui, bien qu'elle ne se rattache qu'indirectement à son sujet, n'est pas moins digne d'intérêt.

Névralgie lombo-fémorale ; accès périodiques ; insuffisance des moyens antiphlogistiques et du quinquina ; guérison par l'acétate de morphine sur un large vésicatoire. — Une dame de 30 ans, de tempérament sanguin-nerveux, délicate, très-sensible, mariée depuis plus de quinze ans, mais n'ayant point eu d'enfans, habitait une maison humide. Vers le milieu du mois de juillet elle fut prise de douleurs très-vives dans la région du muscle carré des lombes du côté droit. Ces douleurs se prolongeaient, mais avec moins d'intensité, le long de la cuisse, dont elles causaient l'engourdissement. Les douleurs dans la région de la hanche droite étaient atroces. Aucune altération des parties n'était appréciable à la vue et au toucher. Les accès duraient avec la même violence pendant cinq heures : alors ils se calmaient spontanément ; mais ils ne disparaissaient pas complètement, ils laissaient après eux un ressentiment continuel. Ces accès se renouvelaient régulièrement toutes les vingt-deux heures. La maladie fut traitée, au début, par cinq saignées, qui fournirent un sang pareil à celui que l'on obtient dans les pleurésies violentes. De nombreuses sangsues, des ventouses scarifiées furent appli-

quées *loco dolenti.* Le docteur Bellingeri aurait voulu insister davantage sur les émissions sanguines, mais la malade s'y opposa. Il prescrivit alors l'extrait du jusquiame à hautes doses, et l'eau de laurier-cerise; mais les accès ne cessèrent point de se reproduire avec la même force. Le quinquina, son extrait résineux, le sulfate de quinine furent administrés; mais loin de calmer les douleurs, ils les exaspéraient. Enfin la malade fut guérie par l'application, à l'endroit le plus douloureux, d'un large vésicatoire sur lequel on répandit deux grains d'acétate de morphine. Cette dose produisit des défaillances, des nausées et un prurit très-fort au front et à la racine du nez; mais la névralgie fut détruite.

Traitement. —La névralgie périodique régulière cède, d'une manière certaine, au quinquina. Il faut toutefois se rappeler ce qui a été dit tout-à-l'heure sur la possibilité d'un état inflammatoire lié à cette névralgie, et sur la nécessité des antiphlogistiques avant tout dans cette circonstance. Il arrive aussi qu'une névralgie irrégulière, phlogistique ou rhumatismale, traitée convenablement, se convertit en névralgie périodique; alors le quinquina fait disparaître les accès.

Lorsque la névralgie est de nature phlogistique, il faut quelquefois insister, pendant très-long-temps, sur les émissions sanguines. Bellingeri cite un cas de névralgie brachiale qui fut traitée par douze saignées, des applications de sangsues et des ventouses scarifiées, conjointement avec l'extrait de jusquiame et d'aconit. La guérison a été complète. Dans la névrite, outre les émissions sanguines, il faut employer les purgatifs peu violens et recourir aux calmans tels que l'eau cohobée ou distillée de laurier-cerise et l'extrait de jusquiame. Vingt-huit névralgies aiguës ont été guéries de cette manière par le docteur Bellingeri. L'extrait de jusquiame doit être administré à la dose de vingt ou trente grains dans l'espace de dix à douze heures.

Bellingeri a vu deux névralgies intenses de la face céder à deux ou trois saignées, suivies de l'emploi de l'extrait de jusquiame à la dose et à la manière indiquées; dans un de ces deux cas, la guérison fut instantanée et durable; dans l'autre, il fallut donner cet extrait pendant trois jours, à la dose d'un scrupule par jour.

L'acétate de morphine produit peu d'avantages pris à l'intérieur; ses effets sont plus marqués lorqu'on l'emploie en frictions, incorporé dans l'huile d'amandes douces sur le lieu douloureux, ou mieux sur le derme dénudé. Trois névralgies rhumatismales, récentes et très-intenses, ont été complètement guéries par ce moyen, après avoir employé préalablement la méthode antiphlogistique. Le vésicatoire était placé au bras du côté correspondant à la névralgie; on fit usage, pendant trois jours, d'un demi-grain d'acétate de morphine toutes les vingt-quatre heures. Nous avons vu, tout-à-l'heure, que l'acétate de morphine, à la dose de deux grains sur un vésicatoire, avait déterminé des lipothymies, des nausées, etc. Le fait suivant, quoique étranger à notre sujet, peut trouver ici sa place à cause des phénomènes remarquables déterminés par l'acétate de morphine. On appliqua de l'acétate de morphine sur l'épigastre au moyen d'un vésicatoire, pour combattre un hoquet violent et opiniâtre. Ce médicament produisit une sensation de compression à la partie postérieure de la tête. Le malade ne pouvait ni se mouvoir, ni parler, il avait perdu toute sensibilité; les deux épididymes se tuméfièrent; au bout d'une heure ces symptômes disparurent et furent remplacés par un prurit général et intense, surtout au front, au nez, au menton et au scrotum; enfin ce prurit cessa au bout de deux heures, et le hoquet se trouva guéri.

Lorsque la névralgie est de nature rhumatismale, après avoir épuisé la méthode antiphlogistique et les moyens calmans, il est quelquefois utile et même nécessaire d'appliquer un vésicatoire au bras du côté correspondant et de

le faire suppurer pendant long-temps. En outre, il est utile d'administrer quelque diaphorétique, tel que le kermès combiné avec l'extrait d'aconit ; en produisant des sueurs on hâte la fin de la maladie. C'est pour cela qu'il est important de distinguer la névralgie rhumatismale de celle qui est simplement phlogistique, puisque dans la première, outre le traitement anti-phlogistique et calmant, il faut encore provoquer des sueurs et exercer une révulsion à la peau.

Les névralgies, par cause traumatique, se traitent antiphlogistiquement. Si la cause vulnérante a causé la contusion, la déchirure ou la piqûre du nerf, et si la névralgie est rebelle à tous les moyens antiphlogistiques et calmans, il faut recourir à la section et à la cautérisation du nerf, un peu au-dessous du lieu de la lésion. Bellingeri a vu ainsi guérir radicalement une névralgie frontale, causée par la chute d'un morceau de fer à tranchant émoussé.

La névralgie irritative, qui reconnaît pour cause les divers produits de l'inflammation : infiltration séreuse, épaississement du névrilemme, tuméfaction du nerf, etc., doit être traitée par les frictions avec le mercure ou l'iode, soit générales, soit locales ; si ces moyens ne procurent pas la guérison il faut faire la section ou la cautérisation du nerf. Quand la névralgie dépend de la disparition d'un exanthème ou de l'infection syphilitique, il faut, par tous les moyens possibles, rappeler la maladie cutanée, et détruire par le mercure la cause vénérienne.

C'est surtout contre la névralgie d'essence nerveuse qu'il faut employer les calmans, tels que ceux qui ont été déjà indiqués, auxquels on peut ajouter la belladone, le stramonium, l'aconit, la ciguë, etc. Si le malade est faible et lymphatique, on peut leur associer les préparations ferrugineuses et le quinquina. Lorsque la névralgie est lymphatique, il faut s'occuper avant tout de la maladie primitive. On peut employer contre la névralgie qui reconnaît une

affection morale pour cause, les fleurs de zinc, la valériane, le cuivre ammoniacal, le prussiate de fer, etc.; mais jamais l'auteur n'a vu ces moyens réussir contre les névralgies de cette nature anciennes.

Lorsque la névralgie dépend d'une altération organique du nerf, produite par une cause traumatique ou par un travail inflammatoire chronique, elle n'est curable que par la section ou la cautérisation du nerf. Lorsqu'on croît devoir recourir à la section du nerf, il faut avoir soin de la faire entre le cerveau et le siége de l'altération; il est bon de faire une double section, d'enlever une petite portion du nerf, afin d'en prevenir ainsi la cicatrisation qui exposerait à la récidive de la maladie. Pour éviter des douleurs inutiles, la seconde section sera faite du côté de l'extrémité nerveuse et non du côté du cerveau. Il vaut mieux pratiquer cette double section que de cautériser avec un fer rouge les deux bouts du nerf divisé, à cause des douleurs atroces que cause cette dernière opération. Pour la même raison, Bellingeri rejette la simple cautérisation du nerf, ainsi que l'opération proposée par Paletta et qui consiste à diviser le nerf avec un couteau rougi au feu.

Mémoire sur la psoïtis chronique et sur les abcès du psoas; par le docteur KYLL, *de Wesel* (1).

Cette maladie, qui est loin de se présenter fréquemment, était regardée autrefois comme presque toujours mortelle; mais on a obtenu récemment des résultats plus favorables dans son traitement. C'est une affection difficile à reconnaître au début et que l'on peut facilement confondre avec le rhumatisme, les douleurs de reins, la coxalgie, le lumbago, les douleurs hémorrhoïdales et la tuméfaction des

(1) *Rust's Magazin*, T. XLI, part. 2, p. 311. (Traduit de l'allemand par le docteur G. RICHELOT).

glandes de l'aîne. Une telle méprise pouvant avoir des suites fâcheuses, il est important de découvrir les symptômes caractéristiques de cette maladie. Ordinairement les premiers symptômes sont si insignifians, la marche de la maladie est si lente, qu'on peut facilement être induit en erreur, d'autant plus qu'alors il n'existe aucun symptôme général, tel que fièvre, altération des selles ou des urines, etc., et que des phénomènes d'acuité ne se manifestent que lorsqu'il s'est formé déjà une suppuration abondante dans le muscle psoas.

Les symptômes communément assignés à cette maladie sont les suivans : Douleur à la partie inférieure de la région lombaire s'irradiant en bas vers l'aîne et la cuisse ; tension et douleur remontant le long de la colonne vertébrale ; ces symptômes sont exaspérés par la flexion et l'extension de la cuisse ; si ces mouvemens s'exécutent encore un peu, le malade ne peut se tenir sur son pied, ni marcher sans boiter et sans se courber beaucoup en avant ; quelquefois il marche assez bien dans cette attitude ; mais si l'on cherche à le redresser on lui fait éprouver une vive douleur ; la douleur n'est pas moins forte s'il tente de se retourner dans son lit ou de soulever un fardeau ; toujours les ganglions inguinaux sont engorgés.

Parmi tous ces symptômes il y en a peu qui soient constans, et c'est ce qui rend le diagnostic de cette maladie si difficile. D'après mes observations, il n'y en a qu'un qui lui appartienne d'une manière spéciale et constante, et à l'aide duquel on puisse la reconnaître à son début et la distinguer des autres maladies. Le malade ne peut marcher dans l'attitude verticale, toujours il se penche un peu en avant, de manière que les cuisses forment un angle obtus avec le tronc ; si on lui prescrit de se redresser il ne peut le faire que jusqu'à un certain point, et il est arrêté par un tiraillement qui est perçu à-la-fois dans l'aîne et dans les lombes. Le gonflement des ganglions inguinaux lui fait croire que là

est toute la maladie, que de là viennent tous les obstacles au redressement du tronc. Il monte un escalier beaucoup plus facilement qu'il ne le descend, ce qui se conçoit facilement, puisque dans ce dernier mouvement le corps se trouve nécessairement redressé. A ce symptôme il ne s'ajoute souvent, pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, qu'une douleur sourde, peu intense, dans les lombes ou la région rénale; sans autres phénomènes; le membre du côté malade n'éprouve même pas toujours une fatigue particulière. Aussi le malade continue-t-il à s'occuper de ses affaires jusqu'à ce qu'il se soit formé du pus et que les symptômes soient devenus plus graves. Alors, pour la première fois, se manifestent les phénomènes généraux.

D'après mes observations, cette maladie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; je l'ai vue notamment plusieurs fois après les couches. Ce qui m'a paru digne de remarque, c'est que chez deux femmes la cause de la maladie s'est trouvée la même et très-précise; elles m'ont dit que pendant leur accouchement, au moment du passage de la tête et lorsque la sage-femme tenait leurs cuisses fortement écartées l'une de l'autre, elles avaient senti, dans la région qui correspond au muscle psoas, une douleur très-vive qui depuis ne s'était point dissipée entièrement. Elles avaient considéré plus tard cette douleur comme une suite des efforts de l'accouchement et en avaient fait peu de cas. Dans l'accouchement, les muscles psoas étant fortement contractés, toute force qui tend à écarter les cuisses agit dans un sens contraire à l'action de ces muscles; aussi peut-on concevoir facilement la possibilité d'une déchirure ou d'un violent tiraillement de leurs fibres.

La psoïtis passe-t-elle à la suppuration, la douleur devient plus aiguë, plus fixe; la température de la partie souffrante s'élève; les mouvemens de la cuisse deviennent plus douloureux; vers le soir, paroxysme fébrile précédé de frisson;

les ganglions de l'aîne se tuméfient davantage ; l'urine laisse déposer un sédiment puriforme ; il se forme dans l'aîne une tumeur qui se rapproche de plus en plus de la surface du corps et qui tend à se diriger de haut en bas ; si l'abcès est ouvert ou s'ouvre spontanément, le malade est pris de la fièvre hectique et de toux accompagnée d'une abondante expectoration, de sueurs nocturnes, de diarrhée colliquative, et il meurt enfin dans un épuisement complet.

Pour le pronostic, il est important de distinguer si la maladie a son siège à droite ou à gauche. Si c'est le muscle psoas du côté droit qui souffre, le malade est pris de diarrhée avec coliques, probablement à cause de la position du rectum. Cette diarrhée survient pendant l'inflammation et au moment de la formation du pus ; le nombre des selles s'élève jusqu'à vingt-quatre dans les vingt-quatre heures ; elle résiste à tous les moyens administrés, soit par la bouche, soit en clystères, et ne cesse que lorsque l'abcès commence à se guérir. Le malade en est d'autant plus épuisé qu'elle trouble le sommeil. La fièvre s'établit plus promptement, et, quand la terminaison doit être fatale, la mort est plus rapide.

La fièvre hectique, une toux violente avec expectoration, les sueurs nocturnes et la diarrhée, ne sont pas toujours des signes d'une terminaison funeste, car elles existaient chez trois de mes malades qui ont parfaitement guéri.

Il résulte des faits que j'ai vus, que le pronostic de cette maladie n'est pas en général très-fâcheux ; car de cinq malades que j'ai traités aucun n'est mort, quoique les symptômes eussent été quelquefois assez graves pour je doutasse de la guérison. Je dois faire remarquer que chez tous ces malades, j'ai pu ouvrir l'abcès au-dessous du ligament de Poupart, après qu'il s'était formé sous la peau. Une des personnes guéries par moi est restée boiteuse, et jusqu'à présent, après environ deux ans, il ne s'est produit aucune

amélioration de ce côté. Une autre, au contraire, dont je rapporte l'observation ci-dessous, est accouchée trois fois depuis sa maladie, sans éprouver le moindre inconvénient.

Mes malades ayant tous guéri, je n'ai pu faire aucune autopsie et m'assurer si la maladie avait son siége dans les vertèbres lombaires, ou dans les muscles psoas, ou dans le tissu cellulaire environnant.

Dans le traitement de cette maladie, il faut chercher à dissiper l'inflammation. On y parvient rarement, malgré le traitement le mieux dirigé. Je n'ai obtenu qu'une fois la diminution de l'inflammation, quoique dans tous les autres cas j'eusse employé la saignée, les sangsues, le calomel, les fomentations froides, les frictions mercurielles, les vésicatoires, les cautères, etc., et que j'eusse prescrit aux malades de garder le repos dans le lit.

Lorsque la suppuration se forme, ce qui s'annonce par le frisson suivi de fièvre le soir, je fais placer des cataplasmes faits avec le gruau d'avoine sur toute la région inguinale; je prescris à l'intérieur le *phellandrium aquaticum* (ciguë d'eau); alors l'urine offre un sédiment purulent très-abondant. Lorsque l'abcès s'est montré au-dessous de la peau et que la fluctuation est manifeste, j'en opère l'ouverture, ordinairement au-dessous du ligament de Poupart, dans toute sa longueur d'après Rust, et je le tiens ouvert jusqu'à guérison parfaite. L'éponge préparée est ce qui convient le mieux pour tenir l'incision béante. J'ai essayé une fois de supprimer l'éponge préparée, et de tenir la plaie ouverte en appliquant dessus des cataplasmes, mais elle se referma si promptement que je fus obligé de l'agrandir. Cette méthode d'ouvrir l'abcès a, sur celle d'Abernethy, l'avantage de prévenir l'infiltration du pus sous le *fascia lata*.

L'observation suivante servira à faire connaître la maladie dont il vient d'être question.

Rott, âgée de 31 ans, accoucha d'une petite fille bien

conformée le 22 octobre 1829. Les suites de couches s'étant bien passées, elle reprit ses occupations habituelles le dixième jour. Pendant son accouchement, au moment du passage de la tête, lorsque la sage-femme écartait fortement ses cuisses l'une de l'autre, elle ressentit une violente douleur qui, d'après sa propre indication, avait son siège dans un point correspondant au muscle psoas droit. Cette douleur ne se dissipa point; elle persista d'abord à un degré médiocre, mais ensuite elle augmenta, rendit la marche pénible, et la malade me consulta le 20 novembre. Elle se plaignait d'une douleur sourde dans la région lombaire droite, s'exaspérant par la pression, constante, s'étendant en haut vers la colonne vertébrale, en bas jusqu'au ligament de Poupart. Cette douleur n'était point augmentée par les mouvemens de la cuisse, mais seulement lorsque la malade se redressait; aussi cette femme marchait-elle le corps courbé en avant. Elle n'éprouvait ni affaiblissement, ni lassitude dans le membre malade. Les ganglions inguinaux étaient gonflés. Quelquefois il y avait du ténesme et de la diarrhée. A cela près, cette femme était bien, les lochies coulaient encore, et la sécrétion du lait se faisait abondamment.

Je considérai la maladie comme une psoïtis, et je cherchai à dissiper l'inflammation par des saignées, des applications répétées de sangsues, des frictions mercurielles, des fomentations froides, des vésicatoires qu'on fit suppurer, le calomel jusqu'à salivation, etc., et enfin en prescrivant à la malade de garder le lit. Cependant la maladie resta la même jusqu'au 12 décembre, où il survint du frisson vers le soir, et une diarrhée abondante, et où la douleur devint plus vive. Le lendemain, l'urine déposa un sédiment purulent abondant. Il n'y avait aucun changement du côté de l'aine. (Cataplasmes émolliens sur la région inguinale; à l'intérieur, ciguë aquatique avec opium, et plus tard quinquina). La fièvre revint tous les jours et se termi-

nait par d'abondantes sueurs nocturnes; la diarrhée augmenta beaucoup et résista à tous les moyens; la respiration devint gênée; toux avec expectoration abondante; voix basse, à peine intelligible; œdème des jambes; tous les symptômes de la consomption.

Le 28, il parut enfin au-dessous du ligament de Poupart, une tumeur molle, de la grosseur d'une noix, sans changement de couleur à la peau et sans douleur. Cette tumeur devenait plus saillante pendant la toux, et rétrogradait dans la position horizontale. La tumeur fut ouverte de haut en bas dans toute sa longueur, et le pus fut évacué; on pouvait introduire une sonde dans la plaie, à la profondeur de sept pouces. La plaie fut remplie de charpie et recouverte par un cataplasme émollient. L'évacuation du pus soulagea la malade; cependant tous les symptômes de consomption, et en particulier l'amaigrissement, persistèrent. Plus tard, la plaie fut tenue béante au moyen de l'éponge préparée. Au bout de trois semaines, la suppuration diminua, et avec elle la toux, l'expectoration, la diarrhée et la fièvre hectique. Alors les forces revinrent. L'abcès se ferma enfin le 6 mai; il ne resta que de la raideur et de l'œdème dans le membre du côté malade, et ces symptômes cédèrent aux lotions alcoholiques.

Depuis ce temps cette femme a eu deux enfans sans éprouver le moindre ressentiment de sa maladie.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Tumeur squirrheuse de la moelle alongée; *par Th. Chevalier.* — Un jeune homme, habituellement très-actif et bien portant, arrivant de Calcutta où il devait retourner bientôt, éprouva, le 8 juillet, une sensation extraordinaire dans la tête. La céphalalgie fit des progrès, s'accompagna de crampes dans les membres et de vomissemens;

les extrémités étaient alternativement froides et chaudes. Pouls petit ; stupeur et engourdissement attribués à l'opium uni au calomel qui avait été prescrit. Sous l'influence d'un traitement qui se composa principalement de saignées, de vésicatoires et de ventouses, il se fit un peu d'amélioration. Le 22, convulsions; perte de connaissance ; bouche déviée à gauche, insensibilité complète du bras droit. L'application des ventouses et l'administration d'un purgatif énergique parurent rappeler la connaissance du malade; cependant le bras resta paralysé, et il y avait strabisme. Si le malade entendait quelques paroles qui fissent sur lui une impression fâcheuse, l'œil droit pleurait. Le 23, irritation des parties génitales; le malade porte sans cesse la main de ce côté comme pour enlever quelque chose. Rétention d'urine depuis vingt-quatre heures. Ce jeune homme avait eu une grave maladie à Calcutta. Pendant long-temps il avait éprouvé des maux de tête qui le prenaient subitement, et était, de temps en temps, affecté de diplopie. Le 24, priapisme; paralysie du bras gauche; coma; perte de la parole. Le 25, amélioration; retour de la parole et du mouvement dans les deux bras. Le 26, strabisme; diplopie; quelquefois même le malade voit sept à huit fois le même objet. Il mourut le 27. Quelques heures avant sa mort la température de son corps s'éleva au point que la chaleur de ses jambes fit fondre de la cire à cacheter qui se trouvait collée à un morceau de parchemin qu'on avait plié sous ses draps.

Autopsie. — Injection des membranes du cerveau. Ventricules dilatés par de la sérosité limpide à tel point que le corps calleux se rompit sous la plus légère traction ; au même instant le liquide s'échappa par un jet. Au sommet du corps pyramidal gauche on trouva une masse squirrheuse, homogène, arrondie, ayant près d'un demi-pouce de diamètre. (*Lond. med. Gaz.* Juin 1834).

De l'inflammation de la dure-mère spinale ; *par le professeur Albers, de Bonn.* — S'appuyant sur deux observations qui lui sont propres, et sur des observations analogues d'autres praticiens, le professeur Albers pense que l'inflammation de la dure-mère spinale a des signes caractéristiques qui la distinguent des inflammations de la moelle et de l'arachnoïde spinale, avec lesquelles on l'a confondue jusqu'à présent. Ces signes sont : 1.° une douleur aiguë qui s'étend aux membres inférieurs et aux régions inférieures du tronc et du bas-ventre; 2.° les convulsions de diverses parties ; 3.° le tremblement ; 4.° la difficulté à expulser l'urine et les excrémens; 5.° un sentiment de resserrement autour du corps. Voici comment l'auteur explique ces divers phénomènes :

1.° La *douleur aiguë* des parties situées au-dessous du siège de l'inflammation s'est manifestée dans les deux cas rapportés par l'auteur, ainsi que dans les premières observations de Funk. Dans les

uns comme dans les autres, l'autopsie a découvert des traces non-équivoques de phlegmasie de la dure-mère spinale. En outre, ces douleurs ont été aussi observées dans quelques cas de tétanos dans lesquels on n'a pas fait l'ouverture du cadavre. M. Bergamaschi parle de cette douleur, mais aucun des auteurs consultés par le professeur Albers, et qui ont écrit sur la *spinitis* et le tétanos, comme Nauser, Reimann, Zulati, Schneider, Hamilton, Chalmer, Larrey, Langenbech, Blasius, Walter, n'a décrit avec exactitude cette douleur; personne n'a indiqué son acuité et ses limites aux régions inférieures du corps, ni les sensations de piqûre, de déchirement qui sont rapportées aux fesses, aux hanches et à l'épigastre. On n'a pas non plus remarqué que, quand la maladie est très-grave, il est impossible de toucher à un point quelconque des membres inférieurs sans augmenter la douleur et occasionner des crampes. Dans l'inflammation de l'arachnoïde spinale, dans celle de la moelle même, ainsi que dans la dégénérescence de ces derniers organes, on n'observe point de douleurs semblables, puisque, après quelques convulsions douloureuses, la paralysie survient toujours. Il est donc probable (et la chose mérite d'être confirmée par de nouvelles observations), que ces douleurs résultent de l'inflammation aiguë ou chronique de la dure-mère spinale, non qu'elles tiennent essentiellement à cette membrane, mais à l'inflammation qui réagit sur la moelle et sur les nerfs, d'une manière continue dans la phlogose aiguë, et intermittente, dans la phlogose chronique; parce que les effets de la pression ou de l'irritation dans le premier cas sont continus, et dans le second interrompus. Les cas d'extravasation entre la dure-mère et l'arachnoïde, qu'on a vus accompagnés de douleurs aiguës, militent en faveur de cette opinion. L'arachnoïde fournit une transsudation à l'intérieur vers la moelle; la dure-mère au contraire peut fournir une transsudation sanguine entre elle et l'arachnoïde.

2.° *Mouvemens convulsifs.* — Dans la première observation de l'auteur, dans celles de Funk et de Bergamaschi, on remarqua des mouvemens convulsifs aux membres inférieurs. Quand la portion cervicale de la dure-mère est enflammée, les muscles du cou et de la face sont très-rarement exempts, tandis que les muscles du ventre et de la poitrine éprouvent des convulsions. Celles-ci sont moins fortes aux membres supérieurs, ou ne surviennent que peu de temps avant la mort; mais l'inflammation, lorsqu'elle siége dans cette partie, donne lieu à des douleurs dans les membres supérieurs plutôt que dans les inférieurs. Quand toute la portion cervicale est enflammée, les membres supérieurs ne sont presque jamais épargnés entièrement; mais l'inflammation intéresse-t-elle seulement la région inférieure de la membrane, comme dans un des cas rapportés par l'auteur, il n'existe aucune convulsion dans les membres supérieurs, ou ces membres

éprouvent seulement du tremblement, tandis que les membres inférieurs sont pris de raideurs tétaniques. Quelquefois les membres supérieurs sont affectés spasmodiquement, et les inférieurs tout-à-fait paralysés. Les résultats des ouvertures cadavériques donnent raison de ces phénomènes. A la partie inférieure des membranes spinales, ou près de la queue de cheval, on trouve une extravasation plus ou moins abondante de sérosité rougeâtre fournie par la dure-mère. Cette sérosité n'irritant d'abord que la portion de la moelle qui fournit des nerfs aux parties inférieures, est la cause des spasmes qui affectent plus fortement ceux-ci que les membres supérieurs. Cette sérosité devenant ensuite plus abondante, la compression qu'elle détermine produit la paralysie des extrémités inférieures, pendant que les supérieures sont agitées de convulsion, les nerfs de ces dernières étant seulement irrités et non comprimés. Dans l'inflammation de la dure-mère, les convulsions tétaniques sont persistantes. L'auteur n'a jamais vu de contractions *cloniques* durables. Un autre caractère de ces convulsions, c'est qu'elles sont d'une égale intensité depuis l'invasion jusqu'à la fin, et qu'elles ne présentent que des rémissions très-légères par intervalles, et ne cessent jamais entièrement. La cause de l'intensité des spasmes dépend de l'irritation continuelle que la dure-mère enflammée exerce sur la moelle. Il n'en est pas ainsi dans l'inflammation de la moelle et de l'arachnoïde. L'état de surexcitation est d'une courte durée, et il se manifeste des convulsions violentes auxquelles bientôt, soit par épuisement, soit par compression, succèdent la paralysie des parties qui étaient d'abord en convulsion ; cette paralysie dans l'inflammation de la dure-mère ne survient que peu d'heures avant la mort.

3.° Le *tremblement* se manifeste surtout quand, au commencement de l'inflammation de la dure-mère, les malades cherchent à marcher. Dans ce cas, les malades branlent continuellement la tête, les mains, les membres, comme les individus attaqués de la maladie à laquelle Cooke a donné le nom de *paralysie tremblante*. Le tremblement qui résulte de l'inflammation de la dure-mère a en outre de commun avec cette dernière affection de cesser quand le malade est couché. Ce phénomène se présente surtout quand la dure-mère est inflammée aux régions cervicale et dorsale, ce qui fournit un nouveau caractère d'analogie avec la paralysie tremblante, qui, selon Cooke, dépend de l'irritation de la portion cervicale de la dure-mère. Dans la phlogose de la dure-mère spinale le tremblement dure un jour ou deux, et se dissipe à mesure que le trismus devient plus fort, que les muscles sont plus douloureux, et que le tétanos est plus évident. Aussitôt que le tétanos est déclaré, le tremblement cesse.

4.° La *difficulté d'expulser l'urine* s'observe dans presque tous les cas, comme aussi la *rétention des matières fécales*. En général, la

paralysie de la vessie précède celle du rectum. Dans quatre cas, il y en a trois dans lesquels ces paralysies se montrent dans les dernières 24 heures de la vie. La rétention de l'urine quelquefois est douloureuse par la distension de la vessie.

5.° Le *sentiment de resserrement autour du corps* a un siége différent selon le siége de l'inflammation. Si la portion cervicale est enflammée, cette constriction a lieu à la partie inférieure de la poitrine, à l'épigastre, jusqu'aux vertèbres dorsales. Si c'est la portion lombaire, il se montre dans une ligne presque parallèle à la crête antérieure et supérieure de l'os des îles. Cette sensation est quelquefois douloureuse, circonstance qui la distigue d'une sensation analogue qui arrive souvent dans la paraplégie. Quand la phlogose de la dure-mère s'étend de bas en haut, qu'elle soit aiguë ou chronique, très-souvent la sensation de resserrement commence au bas de l'abdomen et monte par degré au thorax où elle se fixe le plus souvent; mais si elle commence par la portion cervicale, la sensation ne descend pas au-dessous de l'épigastre. En général, cette constriction est de mauvais augure, parce qu'elle dénote l'intensité de la maladie. Elle dure jusqu'aux derniers momens de la vie, et souvent elle ne cesse pas avec la paralysie des membres inférieurs, accident qui n'arrive pas toujours. Le professeur Albers a vu une seule fois survenir la paralysie dans cette affection.

Du reste, les malades conservent la plénitude de leurs facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment de la vie, ce qui distingue la maladie en question de celles du cerveau. (*Græffe und Walter's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*; XIX^{ste} Ed., 3tes Stück.— Et *Annal. univ. di medic.* d'Omodei, avril 1834).

Nouvelle espèce de névrose; *par le docteur Semmola.* — Le nommé C. A. Viola, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin et très-irritable, issu de parens sains, a offert à l'observation du docteur Semmola, des symptômes nerveux non encore décrits. Cet homme était adonné à la débauche et surtout au vin depuis son enfance. A l'âge de onze ans, il fut pris de convulsions qui se manifestaient subitement pendant la veille et le sommeil; ces convulsions étaient annoncées par un grand cri et la suspension des facultés intellectuelles. Ensuite le malade se mettait à courir d'une course rapide, sans se dévier ni à gauche ni à droite, sans tomber, sans s'arrêter devant des obstacles peu considérables; il n'était retenu que par ceux qu'il lui était impossible de surmonter dans cette attitude. Souvent il lui arrivait de se trouver à la rencontre d'un escalier; il le parcourait avec la même vitesse, mais toujours en ligne droite. Cette course rapide, si elle n'était pas arrêtée, durait quelques secondes; elle se bornait ordinairement à vingt ou trente pas. Alors le malade s'arrêtait, l'intelligence se rétablissait; sa figure était plus animée qu'à l'ordinaire; ses yeux étaient étincelans; mais son esprit était confus, et il n'avait au-

venir de ce qui venait de se passer. Il se rappelait seulement d'avoir perdu l'usage de ses sens, et d'avoir éprouvé l'impression d'une *aura*, d'une *vapeur* qui s'était élevée des pieds à la tête, en suivant le trajet de la colonne vertébrale, et était venue obscurcir ses idées.

Ces mouvemens convulsifs se renouvelèrent pendant sept ans à des intervalles irréguliers, et se représentaient même souvent deux fois dans la même journée. Au bout de ce temps ils changèrent de forme. Le malade cessa d'être poussé à courir rapidement; il tombait par terre, et se mettait à tourner sur lui-même, toujours dans le même sens, de manière à parcourir l'espace de dix à douze pas; il était également privé de l'usage de ses sens. L'intelligence ne se rétablissait que quand cette rotation singulière cessait. Pendant tout ce temps, le malade faisait entendre un cri très-fort et continuel. Depuis deux ans, ces attaques sont plus fréquentes et plus prolongées; quand le mouvement de rotation a cessé, il est remplacé par les contractions les plus bizarres. Les accès ont lieu plus souvent la nuit que le jour, pendant le sommeil que dans la veille. Le malade passe rarement quelques jours sans en éprouver; souvent il y en a quatre dans un jour. (*Il Filiatre Sebezio*, août 1834, p. 59).

Fracture de la base du crane, enfoncement de la cavité glénoide du temporal produit par une chute sur le menton; *par le docteur Lefevre, de Rochefort.* — Le nommé Brochard, matelot, fut, le 26 décembre, étant ivre, précipité par la fenêtre d'un deuxième étage. Il tomba sur le menton, et fut immédiatement après porté à l'hôpital de la Marine. Il y avait impossibilité presque absolue d'ouvrir la bouche, les mâchoires étant très-rapprochées; l'inférieure était portée en arrière et un peu à gauche; une contusion assez forte existait au-dessous du menton. La région temporo-maxillaire était douloureuse, particulièrement du côté droit : celle-ci était légèrement ecchymosée; un peu de sang s'était écoulé du même côté. Le diagnostic était assez obscur; cependant on s'arrêta à l'idée d'une fracture du col du condyle. Un traitement antiphlogistique énergique fut mis en usage; l'état du blessé s'améliora promptement; les mouvemens de la mâchoire devinrent plus faciles; il sortit de l'hôpital le 20 janvier 1834, éprouvant encore de la gêne dans les mouvemens de la mâchoire et dans la déglutition. Depuis sa chute ce marin éprouvait de fréquens maux de tête; son caractère avait beaucoup changé; d'actif et gai, il était devenu triste, indolent et paresseux. Le 20 février, il entra de nouveau à l'hôpital où il séjourna peu de temps. Brochard, ayant passé avec sa compagnie sur le *Triton*, fut signalé au chirurgien-major de ce vaisseau comme atteint d'aliénation mentale, et comme tel soumis à une observation toute spéciale (on craignait qu'il ne voulût simuler la folie pour se faire renvoyer du service.) Il se plaignait toujours de violens maux de tête et de difficulté d'avaler; l'appétit était ce-

foie descendait de trois ou quatre pouces au-dessous du rebord des côtes, et formait une tumeur dure et très-remarquable. Vers le 20, fluctuation qui devint chaque jour de plus en plus évidente; de temps en temps, accès de douleur atroce qui cédait à l'emploi de l'opium, affaissement, transpirations qui épuisaient le malade. On attendit envain l'ouverture spontanée de l'abcès, et, malgré l'incertitude où l'on était sur l'existence d'adhérences, on se décida, en désespoir de cause, à pratiquer cette ouverture le 1.er ootobre. On fit d'abord une incision horizontale au-devant du cartilage de la huitième côte droite, et l'on mit le foie à découvert; ce viscère s'élevait et s'abaissait en suivant les mouvemens respiratoires. On s'assura de l'absence de toute adhérence en promenant le manche du scalpel entre le foie et les parois abdominales. Pour y suppléer, le docteur Horner établit entre le foie et les parois deux points de suture pratiqués dans l'épaisseur de ces tissus au moyen d'une large aiguille courbe armée d'une ligature en peau de chevreau, assez large pour remplir entièrement l'ouverture faite par l'aiguille. Ainsi, chaque lèvre de l'incision adhéra artificiellement avec le foie. Un trocart fut ensuite plongé dans l'abcès; il sortit immédiatement cinq demi-setiers (*gills*) de pus, au grand soulagement du malade; pendant la nuit, il en sortit encore trois ou quatre. Après l'opération, on plaça une bande autour du corps, pour fixer les organes autant que possible. La canule resta en place pendant 54 heures, et on lui substitua une sonde en gomme élastique, la plaie fournissant toujours un mélange de pus et de sérosité. Le lendemain, tympanite, hoquet, coliques. Les forces déclinèrent rapidement, et le malade mourut le 5, sans avoir offert aucun symptôme de péritonite.

Autopsie, *22 heures après la mort.* — Il s'était déjà formé des adhérences entre le foie et les tégumens, autour de l'ouverture formée par le trocart, ainsi que dans les points correspondans aux sutures; aussi ne s'était-il point écoulé de pus dans la cavité du péritoine qui était sain dans toute son étendue. La cavité de l'abcès était affaissée, contenait des lambeaux de lymphe mêlés à du pus; ses parois étaient tapissées par une membrane. Elle avait son siège dans le lobe droit dont la moitié antérieure semblait avoir été détruite par l'effet de la compression et de l'absorption intersticielle. La membrane muqueuse de l'estomac n'existait plus dans la moitié gauche de l'organe. Le commencement du colon, dans l'étendue de six pouces, offrait de nombreuses ulcérations rouges, injectées, à bords élevés. Les intestins grêles étaient sains. Le docteur Horner pense que la mort ne doit être attribuée qu'à l'état trop avancé de la maladie, et qu'en agissant plus tôt on aurait pu sauver le malade. (*The American Journ. of the med. Sc.* Mai 1834, p. 87).

Thérapeutique.

Tétanos idiopathique guéri par les bains de vapeur et l'opium. — Un enfant de 13 ans, gardant son troupeau la nuit, éprouva une forte émotion par l'apparition d'un loup qui lui enleva une brebis; il tomba en syncope, et resta ainsi exposé à l'humidité une grande partie de la nuit. Ramené à la maison paternelle par ses parens, qui le trouvèrent dans un état de raideur extraordinaire, et très-souffrant, je trouvai le jeune malade dans un état tétanique assez avancé; le corps était tellement raide, qu'en le prenant par un pied il portait sur l'occiput comme une masse inflexible. Le trismus n'était pas complet, mais avait lieu en partie, car les mouvemens d'écartement des mâchoires étaient très-bornés et très-douloureux; le ventre était dur et tendu, et le malade poussait des cris continuels. Je plaçai deux morceaux de bois garnis de linge, entre les arcades dentaires, pour prévenir l'occlusion de la bouche dans le cas où le trismus augmenterait; et, ayant fait mettre de l'eau bouillante dans une baignoire, je fis placer dans le sens de sa longueur une planche sur laquelle je fis attacher l'enfant, et le laissai ainsi bien recouvert, exposé pendant près d'une heure à la vapeur de l'eau; il fut après enveloppé dans une couverture de laine et placé dans son lit. Je donnai alors une infusion de fleur d'arnica avec addition de huit gouttes d'alcali volatil par verre, ce qui procura une abondante transpiration. Trois heures après, je commençai à donner un grain d'extrait d'opium toutes les heures. Le lendemain, augmentation de tous les symptômes, douleurs très-vives au bas du sternum, trismus très-fort, car les morceaux de bois placés entre les dents ne pouvaient plus être retirés; constipation et suppression des urines. Répétition du bain de vapeur et augmentation des doses d'opium, que le malade avalait difficilement; lavement avec quatre gros de sulfate de soude; embrocations huileuses et camphrées sur tout le corps. Le troisième jour, même état et mêmes moyens, plus un purgatif. Le quatrième, spasmes plus forts, qui font craindre une terminaison funeste; doses d'opium augmentées et continuation de la boisson sudorifique avec l'alcali. Le cinquième, transpiration abondante et une selle extrêmement fétide; ventre moins dur, et un peu de rémission dans les douleurs. Mêmes moyens thérapeutiques. Le sixième, le malade laisse échapper les morceaux de bois placés entre ses dents, et commence à exécuter quelques mouvemens des mâchoires. Emulsions camphrées, doses d'opium diminuées. Le septième, relâchement des muscles du cou, et successivement de ceux des membres. Convalescence complète le 12.ᵉ jour. (Guyon-Vernier, *sur le Tétanos*. Thèse. Paris, 1834, N.° 6, p. 18).

Névralgie de la face guérie par le sulfate de quinine; *obs. par le docteur W. A. Gillespie.* — Le docteur G. pense que quelquefois les

douleurs névralgiques sont dues à la même influence miasmatique qui produit souvent les fièvres intermittentes. Il cite à cette occasion les deux faits suivans, qui peuvent, jusqu'à un certain point, appuyer son opinion :

Obs. I.re — Madame S. éprouva pendant trois mois de violentes douleurs dans la mâchoire, et se fit successivement arracher trois dents saines, sans en éprouver aucun soulagement. Le docteur G. vit la malade quelques heures après la dernière extraction. La douleur était lancinante, rapide comme l'éclair, atroce. Considérant que les accès de douleur étaient régulièrement intermittens, et que la malade avait été exposée aux influences miasmatiques qui avaient produit dans la même saison un grand nombre de fièvres rémittentes et intermittentes assez graves, le docteur G. prescrivit le sulfate de quinine en solution. La malade n'exécuta qu'une partie de la prescription, à cause du mauvais goût du médicament. Les accès névralgiques furent suspendus pendant quelque temps, mais ils reparurent au bout d'une quinzaine de jours, avec plus d'intensité qu'auparavant. Alors la malade sentant la nécessité de prendre le médicament, fit régulièrement usage du sulfate de quinine, sous forme de pilules, et fut radicalement guérie au bout de huit jours.

Obs. II.e — Le docteur G. fut consulté pour madame G. qui habitait dans le voisinage de la précédente, et qui était exposée aux mêmes influences miasmatiques. Elle éprouvait des maux de dents, suivant son expression, depuis deux mois, et s'était fait inutilement arracher deux dents qui étaient parfaitement saines. Le docteur G. porta le même diagnostic que dans le premier cas, et prescrivit le même médicament qui procura une cure prompte et solide. (*The American Journal of the med. Sc.* Mai 1834).

Section du nerf sciatique dans un cas de névralgie de la jambe et du pied. — *Obs. du docteur Louis Malagodi, chirurgien à Fano.* — Un homme, âgé de 31 ans, d'un tempérament très-irritable, éprouva, par l'effet d'une roue de charrette qui passa sur son pied droit, une douleur tellement forte qu'il perdit connaissance. Cette douleur disparut par l'usage des fomentations. Cinq ans après, en marchant, il heurta de la pointe du pied une pierre, et fut saisi d'une très-forte douleur qui ne l'empêcha pas cependant de suivre ses affaires le reste de la journée. Le jour suivant, faisant quelque mouvement, la douleur se renouvela, mais pour très peu de temps. Il en fut de même le lendemain et les autres jours. De cette époque date la série des maux qui tourmentèrent le malade pendant onze ans. Pendant les trois premières années, toutes les fois que le malade voulait marcher, il ressentait une vive douleur lancinante au dos du pied droit, qui s'étendait à tous les orteils. Les années suivantes, la douleur devint plus forte, occupant une plus grande étendue, et se propageant à la plante du pied et au calcanéum. Les accès se répétaient plusieurs fois dans

la journée et étaient devenus insupportables. Beaucoup de praticiens distingués examinèrent le malade et lui prescrivirent un grand nombre de remèdes de tous genres, stimulans, astringens, irritatifs, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; mais les douleurs augmentèrent d'intensité, de durée et d'étendue. L'auteur de cette observation qui vit le malade au commencement de l'année 1827, trouva la jambe droite atrophiée, et le pied correspondant sans chaleur ni rougeur. Le malade, dans des accès très-fréquens et non-périodiques, éprouvait une douleur vive, déchirante, avec des élancemens insupportables, qui se faisaient sentir peu profondément au dos et à la plante du pied, ainsi qu'au calcanéum, et qui s'irradiaient dans des directions très-variées. L'accès n'avait pas de signes précurseurs et le malade, toutes les fois qu'il était pris de sa douleur, était obligé de rester immobile pendant sa durée qui n'était pas moins d'une heure. S'il tentait de se mouvoir, le spasme devenait excessif et produisait des convulsions. Aucun moyen ne diminuait la douleur, et la marche, toujours pénible, ne pouvait avoir lieu sans béquille. L'altération de la digestion, l'insomnie, la maigreur, l'abattement des forces physiques et morales, ajoutaient à l'état pénible du malade. D'après la forme de cette affection, et son analogie avec le *tic douloureux* ou névralgie de la face, l'auteur pensa avoir affaire à une affection de ce genre. L'inutilité des divers remèdes le porta à croire que la maladie tenait, non à une diathèse, mais à une altération organique des tissus, d'où résultaient et la permanence, et l'opiniâtreté des symptômes morbides, et que la guérison ne pourrait avoir lieu que par une opération qui interromprait la continuité des nerfs.

L'auteur, s'étant convaincu par un examen particulier que la douleur résidait dans les deux branches nerveuses, tibiale et péronéenne, divisions principales du nerf sciatique, résolut de faire la section de ce nerf. Mais avant de faire cette opération nouvelle en chirurgie, il fallait déterminer de quelle importance pouvait être la section du nerf sciatique. L'auteur fit donc, en présence de quelques membres de la Société Médico-Chirurgicale, des expériences sur divers chiens, en coupant à quelques-uns d'eux le nerf sciatique avec une seule incision, en emportant chez quelques autres plusieurs lignes de ce nerf; à d'autres un pouce, et réunissant chez tous la blessure par première intention. Huit chiens furent opérés de cette manière, et, malgré les phénomènes nerveux qu'ils présentèrent, aucun ne fut en danger. Ne perdant pas de vue, pendant l'espace de dix mois, les mêmes animaux, l'auteur observa que, dans ceux chez lesquels on fit seulement la division du nerf, la sensibilité commençait à se rétablir, quoique obtuse dans les parties d'abord paralysées, et que ces animaux marchaient plus parfaitement que ceux chez lesquels avait été emportée une portion du nerf; que chez ces derniers il y avait paralysie complète de la moitié de la

jambe jusqu'à l'extrémité des orteils et qu'ils marchaient aussi, mais que les doigts de leurs pattes étaient pliés en arrière. Ayant tué ces chiens dix mois après, il observa que chez les premiers un nœud de substance blanche, de la grosseur d'une noisette, réunissait les extrémités séparées, et que chez les seconds le nœud du nerf divisé était réuni par une substance ligamenteuse; le nœud supérieur était plus considérable que l'autre. Tous ces nerfs mis en macération, on observa que ceux réunis par un seul nœud semblaient avoir au milieu plusieurs fibrilles nerveuses qui passaient de l'une à l'autre extrémité, et que le cordon ligamenteux, qui remplaçait la portion de nerf emportée, se dissolvait en un tissu celluleux.

D'après ces observations, l'auteur crut devoir préférer la section du nerf sciatique à l'amputation de la cuisse; par conséquent, en présence du professeur Ventruoli et d'autres chirurgiens, il pratiqua l'opération de la manière suivante : avec un bistouri droit il fit aux tégumens une incision de quatre travers de doigt au-dessus du pli de la jambe, en se dirigeant vers le haut de la cuisse. L'aponévrose du fascia lata, mise à découverte, fut ensuite incisée dans la même direction, et l'on pénétra entre les muscles fléchisseurs de la jambe, jusqu'au point où se trouve le tronc du nerf sciatique; l'opérateur sépara ce nerf du tissu cellulaire qui l'environne; et, ayant passé au-dessous l'index de la main gauche et mis la jambe dans la flexion, avec un bistouri courbe, à lame très-étroite et tranchante seulement dans son tiers supérieur, il fit la section du tronc du nerf à l'angle supérieur de la plaie.

Un tremblement subit saisit les membres du malade, et une douleur qui, selon l'expression du malade, ressemblait à celle que produirait un grand nombre d'aiguilles très-piquantes, courut du point de la section par la colonne vertébrale jusqu'au cerveau, et le fit tomber en syncope. Lorsque le malade fut revenu à lui, l'opérateur coupa le nerf à l'angle inférieur de la plaie sans que le malade éprouvât aucune sensation; et, ayant appliqué un appareil ordinaire, il plaça le malade dans son lit où il fit tenir le membre dans l'extension. Quelques momens après l'opération, le malade, très-content, n'éprouvait plus la douleur qui le tourmentait beaucoup avant d'être opéré. Il y eut paralysie de la moitié de la jambe jusqu'au pied, avec sensation de formication et de pesanteur. Deux heures après, l'opéré était encore calme et sans douleur; huit heures après, il sentait deux ou trois piqûres qui passaient très-rapidement du dos à la plante du pied. Le second jour, il fut pris d'une douleur très-forte le long de la partie externe de la jambe. On fit une saignée et on prescrivit une limonade végétale. Le troisième jour, il survint de la fièvre avec douleur; cette fièvre continua jusqu'au huitième jour. On pratiqua six saignées, et on administra quelques doux purgatifs qui soulagèrent le

malade. La douleur néanmoins existant toujours, soit dans la plaie, soit sur tout le trajet du nerf sciatique, on appliqua des sangsues qui eurent un si heureux résultat qu'au onzième jour cette douleur se faisait à peine ressentir quelquefois. Le malade alla enfin de mieux en mieux, et le cinquantième jour il était complètement rétabli. A cette époque il se levait chaque jour ; il marchait très-bien et sans soutien ; les douleurs avaient disparu, les digestions étaient bonnes, et l'état moral était aussi bon que l'état physique. La plaie ne fut fermée qu'au bout de cinq mois. (*Annali Universali di medicina*. Vol. LXX. Aprile 1834).

Emploi de l'assa-fœtida contre le rachitisme; *par le docteur Melchiorre Imbimbo.* — Maria Michele Faretra, âgée de 22 ans, forte et bien constituée, douée d'un tempérament sanguin, mariée à un homme âgé de 27 ans, doué d'un tempérament sanguin bilieux, également robuste, eut un premier enfant qui vint au monde bien conformé, et qu'elle allaita elle-même. A l'âge de deux mois cet enfant commença à se déformer ; ses os acquirent un volume énorme, sans excepter ceux de la tête, ce qui le rendit paralytique, idiot, et incapable de téter. Aussi, en peu de temps succomba-t-il à un rachitisme aigu et à une hydrocéphale commençante. Deux années après, la Faretra mit au monde un autre enfant, qui, au même âge que le précédent, fut atteint des mêmes symptômes que lui. Le docteur Imbimbo, qui fut consulté, observa que l'enfant avait des épaules très-larges, un tronc volumineux, auquel étaient réunis des membres disproportionnés ; la face était un peu difforme, la tête avait acquis une grosseur considérable ; l'enfant avait perdu toute sa fraîcheur et toute sa vivacité. Le docteur Imbimbo se rappelant les expériences du docteur Leonardo Santoro, sur l'emploi de l'assa-fœtida dans les maladies des os, prescrivit ce médicament à la mère, afin que l'enfant le suçât avec le lait. Au bout d'un mois de cette médication soutenue avec persévérance, les formes du corps s'étaient rétablies ; l'enfant n'avait pas encore recouvré sa vivacité. Plus tard les facultés intellectuelles se rétablirent : cependant l'audition était encore nulle. La mère, dans la crainte de voir récidiver la cruelle maladie, persista avec courage dans l'usage de l'assa-fœtida, sans éprouver le plus léger inconvénient. (*Il Filiatre Sebezio*, août 1834).

De la transfusion du sang dans le cas de métrorrhagie; *par le docteur Klett.* — Obs Ire. La femme d'un vigneron à Heilbronn, G. D., âgée de 41 ans, mère de plusieurs enfans, d'une constitution nerveuse, après deux mois de suppression de ses règles, fut prise subitement, le 17 janvier 1828, d'une perte utérine qui, d'abord modérée, devint bientôt très-abondante. Elle durait depuis dix-huit heures lorsque l'on réclama mes soins. Je trouvai la malade épuisée, pâle, les traits de son visage étaient affaissés, le pouls battait faiblement, il était à

peine sensible ; la quantité du sang perdu était considérable. Le sang, après avoir traversé le lit, s'était répandu sur le plancher de la chambre. On s'empressa de faire faire des fomentations d'eau-de-vie sur le bas-ventre, et des ablutions de vin chaud sur les bras et sur les mains. Deux cuillerées d'une solution d'extrait de ratanhia dans de l'eau de canelle avec addition de la teinture de cette dernière substance et de l'acide de naphte furent données. On fit des frictions sur la poitrine et le bas-ventre, et des injections astringentes furent pratiquées dans la cavité utérine. Malgré toute cette médication l'état de la patiente empirait de minute en minute, et quoiqu'on lui eût administré des gouttes d'éther sulfurique combiné avec de l'huile de canelle, les faiblesses et la perte augmentaient de plus en plus. La femme éprouvait déjà un brouillard devant les yeux, des vertiges; le froid des extrémités, une sueur glaciale, le hoquet, la pâleur de la mort, la décomposition des traits de la face, tous les symptômes ne laissaient plus de doute sur sa fin prochaine. Dans des circonstances aussi périlleuses je me décidai, pour la première fois durant ma carrière médicale, à avoir recours à la transfusion du sang. Sur mon avis, le chirurgien S. injecta dans les veines de la patiente, et avec beaucoup de circonspection, deux onces au moins du sang de son mari, homme fort, robuste et bien portant. Le résultat de cette injection fut surprenant. La malade entr'ouvrit presque sur-le-champ ses yeux qui, jusqu'alors, avaient été fermés. Le pouls redevint sensible et commença peu-à-peu à se relever. Le hoquet diminua et cessa de se faire entendre. Le visage reprit son expression ordinaire, et la chaleur, en reparaissant sur les membres, remplaça le froid glacial qui les avait saisis. Les médicamens prescrits furent de nouveau administrés; l'écoulement du sang s'arrêta, et la malade revint entièrement à elle-même. Lorsqu'on lui demanda quelle sensation elle avait éprouvée du sang injecté, elle répondit qu'elle avait ressenti manifestement le mouvement d'une circulation de chaleur se portant vers le cœur, et qu'elle devait consacrer sa nouvelle vie à conserver la mienne; ce sont là ses propres expressions. Nous continuâmes l'usage du ratanchia, combiné avec le kina et du fer. La femme se rétablit promptement.

OBS. IIe — Le 17 février 1828, je fus appelé auprès de la femme d'un vigneron, âgée de trente ans, Depuis dix heures elle avait une perte qui, d'abord modérée, était devenue rapidement abondante. Les signes funestes, mentionnés dans la première observation, se montraient déjà, et lorsque j'arrivai, la malade faisait ses derniers adieux d'une voix faible et entrecoupée. Elle ressemblait à une morte. D'après le succès obtenu dans le cas précédent de la transfusion, je me déterminai à cette opération. Jusqu'à l'arrivée du chirurgien j'ordonnai les médicamens recommandés dans ces cas. La transfusion fut faite comme dans l'obser-

vation précédente, et on injecta deux onces et demi environ de sang qu'on avait tiré du mari qui était fort et bien portant. Le résultat de cette opération me surprit, ainsi que les assistans qui, jusqu'à ce moment, avaient été incrédules sur l'efficacité de ce moyen. La vie parut se ranimer comme par une commotion électrique. A la suite de l'administration du médicament désigné plus haut, on parvint à arrêter la perte. La malade, soumise à un régime fortifiant, ne tarda pas à reprendre toute sa santé. (*Medicinisches Correspondenz-Blatt*, année 3. N° 6).

Hygiène. — Pharmacologie. — Toxicologie.

INFLUENCE DE LA POMME DE TERRE SUR LA SANTÉ DES ÉQUIPAGES EMPLOYÉS A LA PÊCHE DE LA BALEINE; *par M. Roussel-de-Vauzène, D. M. P.*— Parmi les exemples cités en faveur de la pomme de terre, par M. Roussel, nous extrairons le suivant; nous laisserons parler l'auteur : «..... sur le lieu de la pêche, les distractions, l'activité des travaux les absorbent : le temps s'écoule vite; mais les trois mois de retour sont longs. Les hommes passent de l'activité à l'inertie, d'une température modérée à une chaleur accablante. Sous l'influence du soleil des tropiques, le corps se dissout; les affections mélancoliques, la nostalgie, exércent sourdement leur action délétère. Ordinairement c'est alors que le scorbut se déclare. Nous étions arrivés à cette période critique du voyage, un matin je m'aperçus que le visage des hommes pâlissait : ils étaient énervés. Quelques-uns se plaignaient de resserremens dans la poitrine et de gonflement aux gencives, etc. Je prévins le capitaine des changemens que j'observais; mais, comme on va le voir, les symptômes d'une affection redoutable, sous un soleil à-plomb, furent aussitôt combattus que remarqués. Depuis plus de sept mois l'équipage mangeait, à tous ses repas, des pommes de terre cuites à l'eau. Cette préparation ne suffisant plus pour l'entretien de la santé, le capitaine eut recours à un moyen extrême, sanctionné *par quinze ans d'une heureuse expérience*. Une baille pleine de pommes de terre crues, fut établie en permanence sur le pont, au pied du grand mât, à la disposition de l'équipage. Aussitôt tous les hommes de quart se mirent à en manger comme ils l'eussent fait des meilleurs fruits d'espalier. Moi-même je trouvais à ces tubercules une saveur agréable, fraîche à la bouche, et sucrée. Au bout de quelques jours, je vis le teint des hommes s'améliorer, les gencives se déterger, la respiration s'élargir, la force et la gaîté renaître. Le scorbut n'avait fait que poindre, il était réprimé. La baille fut remplie tous les matins et vidée chaque soir, jusqu'au Hâvre, où nous arrivâmes dans une santé parfaite, après avoir tenu la mer pendant dix mois consécutifs, sans renouveler nos vivres. »

Ces observations, dit l'auteur en terminant son mémoire, n'ajou-

tent rien à ce qu'on sait généralement de l'influence des végétaux sur le traitement du scorbut, mais elles font connaître en particulier les ressources que les marins trouvent dans la pomme de terre, sous le rapport de l'hygiène et de la thérapeutique. A terre, c'est un aliment pour toutes les classes de la société. En mer, elle conserve cet avantage, à l'exclusion de tous les autres légumes qui, susceptibles d'apprêts moins variés, ne tardent pas à s'y corrompre. Sa fécule est un puissant correctif de la mauvaise qualité des fruits secs et des viandes avariées. On peut, en un mot, considérer la pomme de terre comme la providence des navires dans les voyages de long cours. Elle nourrit l'équipage, le préserve du scorbut, et le guérit lorsqu'il en est atteint. (*Annales d'hygiène publique et de médecine-légale*, avril 1834, p. 362).

Du chrôme considéré comme poison; *par le docteur Ducatel, professeur de chimie médicale à l'Université de Maryland.* — Le docteur Christison, dans son excellent *Traité des poisons*, n'a consacré que peu de lignes à l'histoire du chrôme, ainsi qu'à plusieurs autres substances qu'il comprend dans la même classe, telles que l'étain, l'argent, etc., « parce que, dit-il, elles sont peu connues comme poisons, et qu'il est nécessaire, par conséquent, de constater seulement leur existence et leurs principales propriétés. » Cependant ces substances sont employées abondamment dans les arts; le chrôme, en particulier, est d'un fréquent usage dans la peinture et dans l'art du teinturier, et ses qualités vénéneuses sont assez connues pour qu'on l'ait fait servir à des projets criminels. Aussi peut-on trouver étonnant que sa connaissance soit si peu répandue, en général, parmi les praticiens.

Histoire chimique des préparations de chromium; leurs réactifs. — Il est difficile d'obtenir le chromium à l'état de pureté. C'est un métal blanc, cassant et très infusible. Il forme avec l'oxygène deux composés distincts, l'oxyde vert et l'acide chromique.

Le protoxyde ou oxyde verd (1) de chromium est insoluble dans l'eau; il est presque infusible, et quand il a été fortement chauffé il résiste à l'action des acides les plus puissans. C'est une base salifiable dont les sels, quand ils sont en solution, se reconnaissent aux caractères suivans: la solution offre ordinairement une couleur verte foncée. L'ammoniaque et l'infusion de noix de Galles forment un précipité vert. La potasse agit de même, mais le précipité se redissout par un excès d'alcali. Ce protoxyde de chromium est employé pour peindre sur la porcelaine.

(1) Il ne faut pas confondre cet oxyde vert avec le *chrôme vert* du commerce. Ce dernier consiste dans un mélange de *chrôme jaune* et de *bleu de Prusse*, auquel on ajoute quelquefois du blanc.

L'acide chromique se reconnaît à sa couleur qui est d'un rouge de rubis foncé. Il est très-soluble dans l'eau et l'alcohol. La solution n'est qu'en partie décomposée par la chaleur, et si on la fait bouillir avec du sucre, de l'amidon, et d'autres substances organiques, l'acide est transformé en protoxyde. On emploie beaucoup dans les arts les sels colorés que l'acide chrômique forme avec les bases alcalines. Les principaux sont le chrômate de plomb et celui de potasse. Ces sels ont une couleur jaune ou rouge si l'acide est en excès; leurs caractères chimiques sont les suivans : en faisant bouillir un chromate avec un mélange d'acide hydrochlorique et d'alcohol, l'acide chromique devient d'abord libre, puis il est décomposé; il se forme un oxyde vert de chromium.

Le chromate de plomb est composé d'une proportion d'acide et d'une proportion de protoxyde de plomb. Celui qui circule dans le commerce offre différentes nuances de jaune, suivant que la liqueur avec laquelle il a été préparé était plus ou moins acide. On le désigne en peinture sous le nom de *chrôme jaune ;* on l'a employé très-imprudemment pour colorer des dragées. Pour constater, dans ce cas, la présence du chromate de plomb, on fait macérer les objets ainsi colorés dans de l'eau distillée, qui dissout le sucre et les diverses substances extractives qui entrent dans leur composition, et ne dissout point la matière colorante. Quand la dissolution est complète, on décante avec soin, et le résidu est lavé plusieurs fois et séché sur un poële. Si c'est du chromate de plomb, en le mêlant avec un peu de carbonate de potasse, et en exposant le mélange à la chaleur dans un petit creuset, le chromate de plomb est décomposé, il se forme un carbonate de plomb insoluble, et un chromate de potasse soluble. Une solution de ce dernier dans l'eau précipite en jaune par l'addition d'une petite quantité de solution d'acétate de plomb, et en rouge par l'addition du nitrate de mercure (1).

On prépare quelquefois un bichromate de plomb qui consiste dans une proportion d'acide chromique et deux proportions de protoxyde de plomb. Il est d'une belle couleur rouge, et sert également comme peinture.

Le chromate de potasse (chromate neutre), consiste dans une proportion d'acide et une de potasse. On le trouve dans le commerce sous forme de petits crystaux prismatiques, de couleur jaune de citron; il est soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcohol.

Le bichromate de potasse crystallise en prismes rectangulaires d'une belle couleur rouge; il est soluble dans environ dix fois son poids

(1) On emploie aussi quelquefois le *chrôme vert* du commerce pour colorer les dragées. Cette substance, quoique moins dangereuse, ne doit pas moins être rejetée.

d'eau à soixante degrés, et la solution est acide ; il est insoluble dans l'alcohol. Ce sel et le précédent sont employés dans la teinture.

Effets physiologiques et pathologiques du chromium et de ses préparations. —Le chromium à son état de pureté, ainsi que les autres métaux, n'exerce sans doute aucune influence sur l'économie animale.

La solution des sels de protoxyde de chromium a un goût particulier, fort, mais d'une douceur agréable. Il est probable que ces sels sont vénéneux ; mais leurs propriétés n'ont point été étudiées sous ce rapport.

L'acide chromique possède un goût extrêmement acide et fortement astringent. Il forme sur la peau des taches jaunes qui ne peuvent être enlevées par l'eau, et qui ne cèdent qu'à l'action d'un alcali. Dans le cas où le derme est dénudé, il se forme un ulcère extrêmement douloureux. C'est sans aucun doute à la présence de cet acide libre dans les cuves des teinturiers qui emploient le bichromate de potasse que l'on doit attribuer les ulcérations douloureuses dont les ouvriers de Glascow étaient atteints, et que le docteur Duncan a signalées le premier. Ces ulcérations s'étendent de plus en plus en profondeur sans s'élargir, au point de traverser quelquefois l'épaisseur de l'avant-bras ou de la main (1). Cet effet remarquable d'une forte solution de bichromate de potasse est bien connu dans cette ville (2) où cette substance est manufacturée en grand. Le docteur Baer l'a observé plus de vingt fois. Pour peu que l'épiderme fût enlevé, la solution produisait un ulcère douloureux, pénétrant (*burrowing*), qui, en dépit de tout traitement, traversait l'épaisseur du membre, à moins que le malade ne fût promptement éloigné de l'atelier où la substance était préparée. Le docteur Baer a vu même se former des ulcères dans des parties du corps où il est sûr que la solution n'avait pu être appliquée immédiatement. Il pense qu'alors le mal était produit par l'acide chromique vaporisé et mêlé à l'atmosphère. D'un autre côté, la solution la plus concentrée ne fait aucune impression sur la peau recouverte par un épiderme intact. On ne doit point douter que, porté dans l'estomac, l'acide chromique produira les mêmes effets que les autres acides minéraux qui enflamment et corrodent les tissus, et donnera lieu aux mêmes symptômes.

Le chromate de plomb peut être considéré comme doublement vénéneux, par son acide et par sa base.

Le chromate neutre de potasse, pris à l'intérieur, produirait sans doute des symptômes d'inflammation, mais peut-être ne seraient-ils pas très-violens.

Le bichromate de potasse est le plus intéressant des sels de chro-

---

(1) *D. Christison's Treatise.*
(2) Maryland.

mium, sous le point de vue de la toxicologie. Ses effets sur l'économie animale ont été étudiés expérimentalement par Gmelin. Le docteur Christison résume ainsi ces expérimentations : « Le bichromate de potasse, injecté à la dose d'un grain dans la veine jugulaire d'un chien, n'a produit aucun effet; à la dose de quatre grains, il a produit un vomissement non-interrompu, et la mort en six jours, sans aucun autre symptôme remarquable ; à la dose de dix grains, il a causé la mort instantanément par la paralysie du cœur. Ses effets, lorsqu'il est introduit sous la peau, sont encore plus remarquables. Il semble produire une inflammation générale de la membrane muqueuse aérienne. Un drachme de cette substance en poudre, placé sous la peau du cou d'un chien, produisit, pour premiers symptômes, de la lassitude, de l'aversion pour les alimens. Le second jour, l'animal eut des vomissemens ; il s'écoula de ses yeux une matière purulente. Le troisième jour, paralysie des membres postérieurs. Le quatrième, respiration et déglutition difficiles. Le sixième, mort. La plaie était peu enflammée ; mais le larynx, les bronches et les plus petites ramifications de ces dernières, contenaient des fragmens de matière fibrineuse ; les narines en étaient remplies, et la conjonctive de chaque côté était recouverte par une couche de mucus. Chez un autre chien, il se fit une éruption sur le dos, et les poils tombèrent. » On dit ailleurs (1), en termes généraux, que ce sel détermine des convulsions et la paralysie, et qu'il semble causer la mort en paralysant le système nerveux.

Plusieurs exemples d'empoisonnement par la solution saturée de bichromate de potasse, suivis de mort, se sont offerts dans cette ville. Le cas suivant a été recueilli par le docteur Baer. Un ouvrier, âgé de 35 ans, voulant retirer d'un vase une petite quantité de cette solution à l'aide d'un siphon, aspira trop fortement, et reçut dans la bouche un peu de la liqueur ; son premier mouvement fut de cracher ; mais à peine s'était-il écoulé quelques minutes qu'il éprouva une grande chaleur dans le gosier et dans l'estomac, et qu'il fut pris de vomissemens de mucosités sanglantes. Ces vomissemens continuèrent presque jusqu'à sa mort, qui eut lieu cinq heures après l'accident.

Ce qui a été dit du bichromate de potasse, est applicable au bichromate de soude, préparation qu'on ne trouve guère que dans les laboratoires.

Lésions anatomiques qui résultent de l'empoisonnement par les préparations de chrôme. — Le cadavre du sujet dont on vient de lire l'observation, a été examiné par le docteur Baer ; la membrane muqueuse de l'estomac, du duodénum, et d'un cinquième environ du jé-

(1) *Journal de chimie médicale.*

jéjunum, était réduite en lambeau. Ce qui en restait s'enlevait avec le manche du scalpel. Le reste du canal intestinal parut sain.

Un chien ayant été tué en quinze minutes par le même poison qui avait causé de violens vomissemens, fut ouvert : la membrane muqueuse de la bouche et de toutes les premières voies était épaissie et enflammée à un haut degré. Celle qui tapisse la grande courbure de l'estomac, vis-à-vis le cardia, était gangrénée et se déchirait avec les doigts. Les tuniques musculaire et péritonéale du même organe étaient fortement injectées.

Traitement. — Le traitement chimique de l'empoisonnement par les bichromates de potasse et de soude consiste à administrer une solution de carbonate de potasse ou de soude, plutôt de ce dernier, dans le but de neutraliser l'excès d'acide auquel on doit attribuer principalement les accidens. L'inflammation doit être traitée d'après les principes connus.

Le docteur Ducatel a été porté à publier ce petit mémoire sur les préparations de chrôme, par la circonstance suivante : une tentative d'empoisonnement fut faite en mêlant à du whiskey du bichromate de potasse ; l'affaire ayant été portée devant les tribunaux, l'accusé fut acquitté, parce que les médecins consultés répondirent *que les qualités vénéneuses de cette substance n'étaient pas bien constatées.* (*Baltimore Medical and Surgical Journ. and rev.* Octobre 1833.

Préparation et usage médical de la créosote; *note par A. Buchner, de Munich.* — « M. Reichenbach prescrit de préparer la créosote du goudron de bois de hêtre par six distillations; ensuite il la fait dissoudre trois fois dans une solution de potasse caustique, et la met chaque fois après en liberté par l'acide sulfurique. J'ai trouvé qu'on peut obtenir la créosote de la même pureté du goudron de pin, et qu'il n'est pas nécessaire de répéter si souvent les opérations en prenant quelques précautions que je vais indiquer :

1.° A la première distillation du goudron, qui se fait dans l'alambic, il faut avoir soin d'enlever plusieurs fois le distillé (l'huile de goudron), et de changer les récipiens. D'abord il ne distille que l'*eupione* qui surnage l'eau ; mais aussitôt qu'un peu de l'huile versée dans l'eau se précipite au fond, elle est formée en grande partie de créosote, et l'on continue à distiller jusqu'à ce que le résidu ait obtenu la consistance de poix noire.

2.° J'agite ensuite l'huile plus pesante que l'eau avec une petite quantité d'acide sulfurique concentré pour enlever l'ammoniaque et pour favoriser la décoloration.

3.° Je la mêle avec son volume d'eau, j'agite et puis je la rectifie dans de petites cornues.

4.° Le distillé qui se rend au fond de l'eau consiste déjà pour la plus grande partie en créosote ; je la fais dissoudre dans une solution

échauffée de potasse caustique, d'une pesanteur spécifique de 1,120, après quoi je laisse déposer la solution concentrée pendant quelque temps à une douce chaleur. L'eupione, s'il y en a encore, vient nager à la surface du liquide, et il faut l'enlever soigneusement.

5.° Après le refroidissement de la solution alcaline, j'y ajoute un léger excès d'acide sulfurique, par lequel la créosote est mise en liberté.

6.° La créosote séparée de la solution du sulfate de potasse est distillée de nouveau dans de petites cornues, en ayant soin, comme à la première distillation, d'enlever quelquefois le distillé. La distillation avance difficilement d'abord et s'agite fortement à cause de l'eau présente; aussi les premiers produits ne consistent-ils qu'en eau, et encore une petite quantité d'eupione qu'il faut rejeter. Le résidu est formé d'une masse brune.

7.° Si l'on rectifie la créosote obtenue de cette manière, encore deux ou trois fois sans aucune addition, on l'obtient assez pure pour l'usage médical.

Le praticien trouvera bientôt les précautions à prendre dans ce cas.

Il faut que la créosote soit incolore, d'une grande réfrangibilité à bleu et jaune, d'une pesanteur spécifique de 1,037 à 20° Celsius, et que sa solution alcoholique mêlée avec l'eau de baryte ne se brunisse pas à l'air. Elle entre en ébullition à 203° Cels (on th. centigr.), et distille sans aucune altération. Elle possède une odeur très-spécifique, qui rappelle celle de la viande fumée et du castoréum en même temps. A l'égard de ses propriétés générales, elle se comporte comme une huile essentielle. Quant aux vertus médicales de la créosote, plusieurs médecins de Munich ont confirmé ses propriétés antiputrides, dessiccatives et styptiques. C'est contre des ulcères lâches, carcinomateux et syphilitiques, contre les dartres, la gale et contre la carie même, qu'elle a été employée avec le plus heureux succès.

On l'emploie principalement à l'extérieur, soit à l'état pur en friction, soit en solution aqueuse, qu'on prépare ordinairement par distillation d'une partie de créosote avec 80 parties d'eau. Pour obtenir l'eau de créosote plus concentrée, je prépare auparavant un alcoholat d'un gros de créosote et de deux onces d'alcohol, que je mets alors par goutte et en quantité suffisante dans l'eau pour l'obtenir du degré demandé, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elle commence à devenir opaque. Je me suis convaincu que c'est une excellente eau pour faire arrêter la carie des dents. C'est un des meilleurs remèdes contre les maux des dents cariées d'y appliquer, moyennant un pinceau, la créosote pure ou sa solution alcoholique, faite avec une partie de créosote et huit à seize parties d'alcohol. C'est pourquoi la créosote est déjà fréquemment usitée en Allemagne. On a aussi essayé son usage intérieur, et

M. Reichenbach nous rapporte plusieurs faits où elle avait été employée avec grand succès contre la dysenterie. Ce chimiste croit que la respiration des vapeurs de créosote avec l'air présenterait une grande efficacité aussi bien contre des suppurations dans la trachée-artère que dans les bronches. Des expériences faites par plusieurs médecins à Munich, avec des chiens, nous apprennent que l'action de la créosote n'est que topique, et qu'elle n'est pas absorbée. On a coupé, par exemple, une des carotides par le milieu, et on a empêché pendant quelques momens l'écoulement du sang en la serrant avec le doigt, pendant qu'on appliquait tout après un tampon humecté avec de la créosote. Lorsqu'on enleva le doigt, l'artère ne coula plus, et la guérison de la blessure s'ensuivit en peu de jours, même sans bandage. (*Journal de Pharmacie*, juillet 1834, p. 400).

EMPLOI DE L'ALBUMINE CONTRE LE CHOLÉRA ET LA CHOLÉRINE; *par le docteur Levacher.* — « Du mois de mai au mois d'avril dernier, j'ai eu, dit M. Levacher, l'occasion de donner des soins à trois cholériques. Deux d'entr'eux ont été moins violemment atteints. Pouls petit, crampes, vomissemens et déjections alvines blancs et fréquens, ventre rentré, traits affaissés, yeux hagards et renfoncés, facies cholérique, suspension des urines; tel était le groupe le plus saillant des symptômes. Le troisième malade éprouva le refroidissement et des crampes atroces. Il poussait des cris aigus. A l'altération profonde de ses traits, ses voisins avaient diagnostiqué le choléra. Il est à remarquer qu'en 1831 le choléra sévit particulièrement dans la maison qu'il habite maintenant. — *Traitement.* Lavemens avec l'albumine du blanc-d'œuf délayée et battue dans une infusion légèrement tiède d'eau de têtes de pavot; pour boisson, blanc-d'œufs battus en neige, et délayés dans de l'eau sucrée froide. Si le cas l'exige, sangsues sur l'épigastre, cataplasmes émolliens et chauds sur les mollets. Durant les premiers jours de la convalescence, œufs frais et à la coque pour nourriture. Je puis affirmer ici sur la foi sincère de l'observation, que dix à vingt minutes après l'emploi du lavement et de l'eau sucrée chargée d'albumine, ces malades étaient guéris et l'annonçaient eux-mêmes, en disant que leurs souffrances leur avaient été enlevées comme avec la main. »

M. Lemercier remarque que l'albumine déjà employée à Edimbourg sans succès, n'avait pas été administrée seule; qu'elle était mélangée aux sels alcalins. (*Lancette française*, t. VIII, N.° 109).

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 août — REMÈDES SECRETS. — Après la lecture de la

correspondance, qui contient plusieurs lettres du ministre qui désire avoir l'avis de l'Académie sur divers remèdes secrets, M. Cornac s'étonne qu'après avoir demandé l'opinion de l'Académie sur les pois de M. Frigério, le ministre ait accordé, malgré la décision contraire, un brevet d'invention à ce pharmacien. Il en a été de même pour un *sel digestif de Vichy*, qui avait été reprouvé de l'Académie. Il est répondu à M. Cornac que les brevets ne dépendent pas des opinions des sociétés savantes, que tout le monde peut en obtenir en payant; qu'en outre, l'Académie n'étant qu'un corps consultatif, ses décisions ne peuvent faire loi pour le ministre. Le conseil d'administration devra s'occuper de cette question et écrire au ministre, s'il y a lieu.

— Le même membre fait un rapport au nom de la commission chargée d'examiner dans quelle section devra être nommé un membre titulaire, par suite de l'extinction de trois membres, de M. Maret, de la section de pathologie chirurgicale, de M. Wenzel, de la section de la médecine opératoire, de M. Maygrier, de celle d'accouchemens. La commission considérant que la section de pathologie chirurgicale est composée de 13 membres, et que des deux autres également composées de 7, la section de médecine opératoire a plus de travaux à examiner, propose de nommer le nouveau membre pour celle-ci; ce qui est adopté.

A l'occasion de la demande de M. Paul Dubois, de passer de la section de pathologie chirurgicale dans celle d'accouchemens, demande qui est refusée, plusieurs membres remarquent combien est vicieuse la nouvelle organisation de l'Académie et combien elle nuit à ses travaux. On demande qu'une commission soit nommée pour examiner cette question. D'autres membres réclament l'ordre du jour, qui est prononcé.

— M. Henry fils est nommé, à la majorité de 50 voix sur 51, chef des travaux chimiques de l'Académie.

Anencéphalie. — M. Velpeau présente un fœtus anencéphale reçu il y a huit jours par Mme. Mercier, sage-femme aux Batignolles. Ce fœtus, qui a été extrait par la version, respira et cria après sa naissance; il vécut trente-six heures. Un tubercule à trois lobes tenait la place de l'encéphale. Les yeux étaient extrêmement écartés, et il y avait deux nez avec une cloison pour chacun.

Prix Portal. — M. le secrétaire lit, au nom de M. Andral, le rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés pour le prix Portal. (*Quelle a été l'influence de l'anatomie-pathologique sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours.*) Les deux mémoires qui ont été envoyés, quoique présentant des vues ingénieuses, n'ont pas paru mériter le prix ni l'un ni l'autre. La commission propose de remettre la question au concours pour l'année prochaine, en doublant la valeur du prix. Cette proposition est adoptée.

— M. Gasc a la parole pour une motion, appuyée de 84 membres titulaires de l'Académie. Il expose les inconvéniens qu'il y a à avoir plusieurs ordres de membres, et demande que l'on nomme une commission pour examiner s'il ne conviendrait pas de donner aux adjoints le même rang qu'aux titulaires. — Renvoyé au conseil d'administration,

Lithotritie. — M. Civiale lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Quelques remarques sur la lithotritie.* L'auteur se propose de comparer la pince à trois branches qu'on cherche à déprécier, avec le percuteur de M. Heurteloup, auquel il dit rendre pleine justice, mais dont il croit qu'on a exagéré la supériorité. Il ne croit pas que le premier de ces instrumens doive être proscrit, et que le second puisse être indistinctement appliqué à tous les cas. 1.° Dans tous les cas de petits calculs, dans ceux de grosses pierres friables, et lorsque les pierres dures ont été réduites en gros fragmens, l'emploi de la pince à trois branches et du procédé ordinaire fournit les résultats les plus satisfaisans; le corps étranger est écrasé, comminué par une pression instantanée que le chirurgien exerce avec la main. M. Civiale cite un grand nombre de cas dans lesquels il a ainsi terminé l'opération en une seule séance de moins de cinq minutes.

2.° Lorsque le calcul est plus gros et très-dur, la pression seule ne suffit pas, il faut attaquer la pierre d'une autre manière; il faut la perforer, l'évider, afin de rendre son écrasement plus facile. L'opération se complique alors en raison de la grosseur du calcul, dont la destruction exige plusieurs séances. Cependant la lithotritie offre encore des avantages réels, car les opérations sont moins douloureuses et aussi moins répétées qu'on ne le dit. En prenant le terme moyen des séances, sur 244 malades opérés par M. Civiale, on trouve quatre séances et une fraction pour chaque malade. M. Civiale remarque qu'il est bon de rappeler qu'il fait des séances très-courtes : depuis longtemps il s'est convaincu de l'avantage d'agir ainsi; c'est le moyen d'éviter les accidens qui résultent de l'oubli de ce précepte. Dans tous ces cas, les perforations ne sont employées que comme un moyen préliminaire pour favoriser l'écrasement, le brisement. C'est donc bien à tort, dit M. Civiale, que l'on fait consister toute la manœuvre de la lithotritie dans les perforations successives. Elles sont généralement reservées pour les cas de pierres grosses et dures. Le traitement est alors long, douloureux : de nombreuses séances sont nécessaires avant que la pierre éclate. L'auteur accorde dans ces cas la préférence au procédé de la percussion, parce qu'il est plus prompt et qu'il agrandit la sphère d'application de la lithotritie. Sous ce rapport seulement le nouveau système lui paraît une amélioration incontestable, qu'il s'est empressé d'adopter et de modifier selon le besoin.

Après avoir précisé l'application de chaque procédé, spécifié les cas où chacun d'eux doit être préféré, M. Civiale s'exprime ainsi au sujet de la différence que présente la manœuvre dans l'un et l'autre cas. « S'agit-il de saisir la pierre, les trois branches du litholabe, en se rapprochant, tendent à la ramener vers le centre; elle ne peut s'échapper ni par les ouvertures latérales, dont la grandeur diminue à mesure qu'on ferme l'instrument, ni par l'ouverture antérieure, où elle est retenue par les crochets. Ainsi toutes les fois que la pierre a peu de volume, elle est saisie avec promptitude et fixée avec solidité. Ce résultat est dû au mécanisme de l'instrument lui-même, qui fait connaître aussi avec précision la position de la pierre dans la pince.

» Lorsqu'au contraire on emploie une pince à deux branches, on éprouve toujours une certaine difficulté pour constater la position du calcul relativement à l'instrument; on ne peut savoir préalablement de quelle manière il est placé dans la pince, et dans les mouvemens qu'on fait pour le fixer, les deux branches, en se rapprochant, tendent à le chasser du côté où il ne rencontre aucune résistance; aussi s'échappe-t-il surtout si la pierre n'est pas plate, et si les deux branches ne s'appliquent pas justement sur le milieu. Cette partie de l'opération est abandonnée au hasard, et il n'y a pas de manœuvre à l'aide de laquelle on puisse sûrement saisir la pince par le centre plutôt que par les autres points. Indépendamment de cette fâcheuse incertitude, il y a des douleurs vives auxquelles on ne peut soustraire le malade, et qui sont le résultat du mécanisme du nouvel instrument. Chaque fois qu'on veut s'assurer si la pierre est dans la pince, on est obligé d'en rapprocher les branches; si elle n'y est pas, ou si elle s'en échappe, il faut les écarter de nouveau, et ainsi de suite; on ferme et on ouvre successivement l'appareil, jusqu'à ce que la pierre y soit invariablement placée. Dans ces mouvemens de va-et-vient, d'avant en arrière et de demi-rotation, les douleurs sont vives, quelquefois intolérables, tandis que par l'emploi de l'appareil ordinaire, on ne ferme les pinces qu'après s'être assuré, au moyen du lithotriteur, que le calcul est dans l'instrument. Cette partie de la manœuvre ne me paraît pas avoir assez fixé l'attention des observateurs; elle est pourtant remarquable par le peu de douleur qu'elle produit et par la précision avec laquelle on procède.

» Faut-il écraser la pierre? Les moyens que j'emploie, dit M. Civiale, pour les cas de petits calculs, permettent d'agir instantanément, sans secousses, sans mouvemens de l'appareil, sans rien changer ni rien ajouter. La main seule du chirurgien, appliquée sur le cuivrot, et prenant un point d'appui sur la rondelle du litholabe, suffit pour écraser le calcul entre la tête du lithotriteur et les crochets des branches. Le chirurgien connaît avec précision le degré de force qu'il emploie; elle est, pour ainsi dire, identifiée avec sa main; il la

modère à son gré. Par le nouveau procédé, au contraire, la pression et la percussion ne s'exécutent que par une force brute qu'il est impossible de maîtriser et de graduer convenablement, dont l'emploi exige des changemens, des additions, ce qui complique la manœuvre, la rend lente et incertaine ; il y a du temps de perdu, et le séjour de l'instrument dans la vessie se trouve prolongé au détriment du malade.

» S'agit-il de très-petits calculs, des derniers fragmens de la pierre, d'en faire l'extraction dans le cas de paralysie de la vessie, de constater la guérison, l'insuffisance, l'inutilité des nouveaux instrumens devient plus évidente encore ; il n'y a même plus de parallèle à établir.

» Veut-on, au contraire, détruire une pierre dure ou volumineuse, l'instrument à trois branches et le procédé ordinaire sont d'une application difficile, douloureuse, d'une action lente. Ils deviennent même inutiles lorsque la grosseur et la dureté se trouvent réunies dans la même pierre ; l'emploi du percuteur doit être préféré toujours pour commencer l'opération. »

C'est en combinant ainsi divers systêmes que l'on pourra parvenir, suivant M. Civiale, aux plus heureux résultats.

Séance publique annuelle. — Cette séance solennelle a eu lieu le 2 septembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. M. Renauldin, secrétaire, a commencé par lire le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année ; puis on a proclamé les noms des médecins auxquels l'Académie a accordé des prix pour la vaccine, et les sujets de prix pour l'année 1835. La séance a été terminée par l'éloge de Portal, lu par M. Pariset, secrétaire-perpétuel. Cet éloge, dans lequel on retrouve le talent ordinaire de M. Pariset, a excité de vifs applaudissemens à diverses reprises.

Séance du 9 septembre. — AFFECTION DU CERVELET. — M. Bouillaud lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. Carré, de Briançon, à l'Académie, ayant pour titre : *Considérations physiologiques et pathologiques sur le cervelet.* L'auteur, s'appuyant sur un fait observé par lui de suppuration des 5/6 du cervelet, sans qu'il y ait eu aucune altération appréciable dans les fonctions animales et organiques, conteste les usages qu'on a récemment attribués à cet organe. M. Bouillaud regarde ce fait comme peu croyable, et en conteste l'authenticité.

— M. Gérardin fait un rapport verbal sur divers mémoires imprimés adressés par le professeur Regnoli, de Pise. Nous avons déjà publié un extrait de l'excellent mémoire de ce chirurgien, sur l'hydrocèle chez la femme. Nous nous proposons de rendre compte des autres.

BOUTS DE SEIN ET BIBERONS EN LIÉGE DE M. DARBO. — M. Velpeau fait un rapport favorable sur ces instrumens. Il rappelle que M. Deneux

qui en avait été chargé, et qui en avait commencé la lecture, jugea à propos de le retirer. La nouvelle commission a adopté le fonds et presque l'expression textuelle du jugement de la première.

Tumeur polypiforme du cœur.—M. Bricheteau présente une tumeur du volume d'une noix, rougeâtre, trouvée dans l'oreillette droite du cœur d'un individu atteint d'une dilatation sans hypertrophie du ventricule gauche. Cette tumeur semblait adhérer par un pédicule aux parois de la cavité; mais elle s'en était séparée lorsqu'on avait voulu l'examiner. Incisée suivant sa longueur, elle offrit du pus à son centre. Elle semblait formée de couches concentriques de fibrine comme celles qu'on rencontre dans les anciens anévrysmes.

Acarus de la gale. — M. Renucci lit une note sur cet insecte. Si je n'ai pas le mérite d'avoir le premier découvert cet *acarus*, dit M. Renucci, du moins m'accordera-t-on d'avoir dissipé tous les doutes que les meilleurs esprits élevaient sur sa réalité, et d'avoir appris le moyen de le découvrir à coup sûr. En 1815, suivant en Corse la pratique d'un de ses frères, M. Renucci eut l'occasion d'observer un grand nombre de galeux, et de voir les femmes du peuple pratiquer, dans ce cas, l'extraction de l'*acarus*, nommé vulgairement dans le pays *pedicello*. M. Renucci, apprenant que l'existence de cet insecte était niée sur le continent par un grand nombre de savans distingués, s'exerça à le chercher, et parvint à déterminer les signes qui pouvaient mettre sur sa trace. C'est faute d'avoir su le *lieu d'élection* qu'il affecte, qu'on l'a souvent cherché en vain, et que d'autres, après l'avoir découvert une fois par hasard, n'ont pu réussir ensuite, et se sont vus contraints, lorsqu'ils ont voulu le faire connaître, à figurer l'*acarus* du fromage. De Geer, ajoute-t-il, est le seul auteur qui en ait donné une bonne figure, et encore l'animal qu'il a représenté semblerait être plutôt l'*acarus* de la gale du cheval que celui de la gale de l'homme. L'auteur expose ensuite comment il a été conduit à parler à M. Alibert de la découverte qu'il avait faite, l'annonce qui en eut lieu dans un journal de médecine, les doutes qui furent exprimés, et enfin les expériences qui se firent à la clinique de M. le D.r Emery, expériences qui convainquirent même les plus incrédules. L'auteur termine par l'indication des signes à l'aide desquels on peut découvrir l'*acarus* : on examine, dit-il, les vésicules d'un galeux récemment affecté et non encore soumis au traitement (cette double condition est nécessaire pour qu'on soit certain de réussir); on voit à la base de la vésicule des sillons qui se dirigent en différens sens, tantôt montant vers le sillon de la vésicule, tantôt la contournant et tantôt s'en écartant pour se prolonger sous la peau environnante. A l'extrémité de ce sillon, la plus éloignée de la vésicule, on trouve ordinairement un point blanc visible à l'œil nu. Ce point blanc, où l'épiderme est légèrement soulevé, correspond à la partie postérieure

de l'insecte. Dans les pays chauds j'ai pu, ajoute-t-il, distinguer la tête, qui est représentée par un point brunâtre. Toutes les fois que l'un ou l'autre de ces points est visible, il est à-peu-près certain qu'on trouve l'insecte. Il convient alors pour l'extraire de percer l'épiderme à l'aide d'une aiguille, à une demi-ligne à peu-près du point blanc, en se dirigeant vers l'épiderme que l'on déchire, après quoi l'insecte mis à découvert est aisément enlevé. On le trouve assez souvent à la base de la vésicule, quelquefois sur les côtés, mais très-rarement ou presque jamais à son sommet. Voilà pourquoi ceux qui l'ont cherché avec tant de persévérance, soit dans ce point, soit dans le fluide de la vésicule, ont été conduits par l'inutilité de leurs recherches à en nier l'existence (1).

Séance du 16 sept. — **Corps étranger du genou.** M. Velpeau fait un rapport sur l'observation présentée par M. Bourse. (*Voy.* tom. précéd. pag. 636.) Il pense que le corps extrait de l'articulation était un fragment détaché du condyle externe du fémur. Le mémoire et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

Acarus de la gale. — M. Emery lit une note sur quelques expériences faites à l'hôpital Saint-Louis, par M. Albin Gras, son élève, sur l'*acarus de la gale*, pour démontrer si l'insecte, dont on a démontré l'existence, est la cause de l'affection psorique, ou si, au contraire, il n'en est qu'un épiphénomène. Trois expériences ont été faites : Dans la première on a placé deux *acarus* vivans sur la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras, recouverts, comme l'avait fait M. Galès, d'un verre de montre fixé à l'aide d'un bandage. Deux jours après, ayant levé l'appareil, on vit deux sillons longs d'une demi-ligne, terminés par deux points blancs qui indiquaient la présence de l'*acarus*. On remplaça alors le verre de montre, qui gênait, par un morceau de linge fin, recouvert et maintenu par du sparadrap de diachylon. Six jours après, les points blancs et les sillons avaient disparu. L'expérimentateur avait éprouvé pendant ce temps un peu de démangeaison. — Dans la deuxième expérience, sept *acarus* furent placés également sur l'avant-bras, à la partie inférieure, et recouverts d'un linge fin et de diachylon. Quatre jours après, existaient quatre à cinq sillons. On retira, à deux fois, des *acarus* qui furent trouvés bien vivans et furent replacés. Au bout de treize jours, deux vésicules s'étaient développées autour des sillons après quelque démangeaison. Deux jours après, il s'était manifesté de nouvelles vésicules près des sillons. La sérosité de quelques-unes commençait à se troubler. — Dans la troisième expé-

(1) Tout ce qui peut assurer actuellement l'existence de l'*acarus* paraît se réunir : conformité des anciennes observations sur cet insecte avec les nouvelles, connaissance des causes d'erreurs qui ont égaré les observateurs, authenticité des recherches récentes.

rience enfin, on plaça six *acarus* sur l'annulaire qui fut recouvert d'un doigt de gant. Le lendemain, sans qu'il y ait eu de démangeaison, on trouve deux petits sillons au bord radial du doigt. Six jours après, ces sillons avaient une demi-ligne de long, et il ne s'était pas encore développé de vésicules. — L'auteur remarque qu'on ne peut attribuer le développement des vésicules à l'action du diachylon, puisqu'elles n'existaient pas dans les points où le diachylon était en contact avec la peau, dans la deuxième expérience. Elles ne peuvent non plus résulter du contact des galeux, puisqu'il n'y en avait qu'aux parties qui avaient été recouvertes par le linge et le sparadrap. Ces expériences, avance l'auteur, comparées à celles qu'on a faites avec le liquide des vésicules, tendent à démontrer que l'*acarus* est la cause réelle de la gale. — Une discussion s'élève à ce sujet. M. Duméril rappelle les expériences de M. Galès, qui a extrait devant lui le ciron de la gale. Il ignore comment il s'est fait que le dessinateur s'est mépris et a donné la figure du ciron du fromage, figure qu'il a copiée lui-même. Du reste, l'*acarus* avait été trouvé alors et bien auparavant : Cestoni en avait donné une figure exacte. M. Emery répond qu'il était impossible à M. Galès de trouver l'*acarus* là où il le cherchait et disait l'avoir trouvé, dans le liquide de la vésicule, qu'il délayait dans l'eau et examinait au miscrocope. On a depuis ouvert des milliers de vésicules, et on n'y a rien trouvé. En tous cas l'existence de l'*acarus* était révoquée en doute, et M. Renucci l'a démontrée.

Lithotritie. — M. Leroy lit une note sur l'opportunité de cette opération chez les enfans en bas-âge. Il donne le récit de cinq opérations de lithotritie faites par lui avec succès dans quatre cas, sur des enfans de moins de six ans. Il pense qu'on ne peut pas encore, d'après les faits, déterminer d'une manière précise la convenance de cette opération qui, contrairement à la lithotomie, paraît avoir plus de chances de succès, à mesure qu'on la fait à un âge plus avancé. Nous reviendrons sur ce sujet, à l'occasion du rapport qui sera fait sur cette communication.

Lithotomie sus-pubienne. — M. Souberbielle lit un mémoire sur ce sujet : il indique les opérations qu'il a faites depuis sa dernière communication à l'Académie, et cherche à démontrer les avantages de la lithotomie sus-pubienne sur la lithotritie. Un rapport sera fait sur ce travail.

Syphon continu. — M. Ricard présente, au nom de M. Sawayer, médecin américain, un instrument désigné sous ce nom et destiné à épuiser l'urine de la vessie à mesure qu'elle y arrive.

— M. Velpeau présente un enfant né récemment, et qui porte une extrophie de vessie.

Académie royale des Sciences.

Séance du 11 août. — Analyse chimique du cerveau. — M. Dumas fait en son nom et celui de MM. Thénard et Chevreul, un rapport sur un mémoire de M. Couerbe, relatif au cerveau, considéré sous le point de vue chimique et physiologique. Le rapporteur commence par rappeler ici les principaux travaux des chimistes sur le cerveau. Ainsi Fourcroy, en 1793, montra que cet organe renferme, outre beaucoup d'eau, une matière analogue à l'albumine, et divers phosphates. Il y indiqua aussi la présence du soufre et d'une matière analogue à la cholestérine. Dix ans plus tard, Jourdan fit voir que le cerveau incinéré donne de l'acide phosphorique libre, quoiqu'il n'en présente point à l'état frais. Ce fait, qui pouvait s'expliquer par la présence d'un peu de phosphate d'ammoniaque dans le cerveau, attira peu l'attention. Mais en 1812, Vauquelin montra que le cerveau renferme du phosphore en nature, ou au moins qu'il n'est ni à l'état de sel ni à celui d'acide, et doit par conséquent être uni aux élémens de la matière animale. Il isola, en outre, des autres matières que renferme cet organe, deux substances grasses dans lesquelles le phosphore se trouve confiné. Plus tard, M. John chercha à faire voir que la substance phosphorée est particulière au cerveau de l'homme, ce qui ne s'accorde pas avec les expériences de Vauquelin, qui en a trouvé dans la cervelle du veau. Suivant M. Couerbe, qui se rapproche en quelque sorte des idées de M. John, le phosphore serait un élément d'une bien haute importance, car sa juste proportion serait absolument indispensable au plein exercice des fonctions intellectuelles. En excès il produirait la folie, en défaut l'idiotisme. Les commissaires n'ont pu faire les expériences très-nombreuses qui eussent été nécessaires pour vérifier une pareille assertion.

Une portion plus positive du travail de M. Couerbe, et celle qui a fixé l'attention des commissaires, c'est l'étude et l'analyse des matières grasses du cerveau. L'auteur en reconnaît cinq, dont quatre seraient à-la-fois chargées de soufre, de phosphore et d'azote. La cinquième, privée de ces trois élémens, ne diffère point de la cholestérine ou matière grasse des calculs biliaires. Des quatre premières, deux sont *isométriques*, mais ont des propriétés et des caractères très-différens. L'auteur les désigne sous les noms de *céphalote* et de *eléencéphol*. Celle qu'il nomme *cérébrote* en diffère seulement par 0,01 de carbone et 0,01 d'hydrogène en plus. La quatrième, la *stéaroconote*, contient beaucoup moins de carbone et beaucoup d'azote. Suivant M. Couerbe, la cérébrote provenant d'un cerveau sain renferme de 2 à 3 pour 100 de phosphore; d'un cerveau d'aliéné, de 3 à 5; d'un cerveau d'idiot ou de vieillard, moins que dans le premier cas.

La cholestérine, comme on l'a vu, avait été trouvée par Fourcroy. La cérébrote pure avait été reconnue par Kuhn, qui avait aussi entrevu la céphalote. Le stéaroconote est une matière nouvelle. L'éléencéphol était déjà connue de Vauquelin. Dans leurs conclusions, les commissaires, considérant que l'auteur du mémoire fait mieux connaître le nombre et la nature des matières grasses du cerveau, qu'il en donne la composition élémentaire, et y prouve la présence du soufre qu'on n'y soupçonnait pas, proposent l'insertion de ce travail dans le recueil des savans étrangers.

Mécanisme des bruits du cœur. — M. Magendie lit la seconde partie d'un mémoire sur ce sujet. Les faits et les expériences, rapportés dans la première partie, comme on peut le voir dans l'analyse que nous en avons donnée, tendent à établir que ces phénomènes sont les résultats, non de l'action du sang sur le cœur ou les grosses artères, non du déplacement des valvules cardiaques ou artérielles, mais d'un double choc qu'exerce le cœur sur les parois du thorax; l'un de ces chocs ayant lieu par la pointe de l'organe à l'instant de la contraction des ventricules, l'autre par sa face antérieure au moment de leur dilatation. Si le mécanisme qui produit les sons normaux du cœur est aussi simple et dans une dépendance aussi directe des lois de l'acoustique, ne peut-on pas espérer d'arriver à une explication plausible des nombreuses modifications que les maladies apportent dans la fréquence, l'intensité, les caractères de ces bruits; modifications qui acquièrent chaque jour plus d'importance, puisque souvent, par leur secours et leur comparaison, le médecin distingue et apprécie les diverses lésions organiques du cœur. Cette nouvelle application de la physique à la médecine est le sujet que M. Magendie traite dans la seconde partie de son mémoire.

Les modifications principales apportées par les maladies dans les bruits cardiaques, sont relatives, soit à leur fréquence, soit à leur régularité, soit à l'intensité.

L'augmentation ou la diminution de la fréquence dépendent purement de l'accélération ou du retardement des mouvemens du cœur. Il en est de même à-peu-près pour l'intensité : toute cause morale ou organique qui donne plus de force aux chocs du cœur sur les parois thoraciques, accroîtra l'intensité des bruits. Cet accroissement est quelquefois si considérable, que les bruits cardiaques peuvent être entendus à une certaine distance, dans une pièce voisine, par exemple, et qu'ils causent au lit et à l'alcove où est couché le malade, un ébranlement très-sensible. Les cas de cette nature s'observent chez des personnes maigres dont le cœur vigoureux frappe avec énergie sur une poitrine spacieuse et sonore, et développe des sons dont l'intensité représente la violence des chocs qui les ont produits, et les qualités physiques du corps choqué.

Lorsqu'au contraire, les battemens du cœur sont très-affaiblis et presque nuls, ainsi que cela s'est observé souvent dans la période algide du choléra, les bruits du cœur cessent de se faire entendre. Mais ces bruits disparaissent aussi quelquefois, quoique le cœur fonctionne d'une manière régulière et continue à entretenir le cours circulaire du sang. Ce fait, dans la plupart des hypothèses précédemment proposées, paraît inexplicable. En effet, si les bruits du cœur étaient produits par un mécanisme quelconque dans l'intérieur de cet organe commun, quoiqu'il continuât toujours à agir, et quelquefois avec une grande énergie, ces bruits pourraient-ils cesser d'être perceptibles? Il faudrait donc que les parties qui l'entourent fussent devenues impropres à transmettre des ébranlemens sonores, ce qui ne semble pas admissible. Dans les nouvelles théories, au contraire, ce fait ne présente aucune difficulté. Les causes qui s'opposent au développement des bruits cardiaques sont diverses, mais toutes cependant se réduisent, en dernière analyse, à produire la suppression du choc du cœur sur les parois thoraciques. Ainsi, dans l'hypertrophie du cœur, lorsque la maladie est au premier degré, il y a, pendant un temps, une élévation graduelle de l'intensité des bruits, qui résulte évidemment de la force toujours croissante des chocs en raison de l'excès du volume et de la puissance contractile de l'organe. Mais il arrive un moment où la force de contraction du cœur continuant de croître et étant devenue extrême, ces bruits cardiaques cessent de se faire entendre ; cependant les ventricules se contractent et se dilatent, le sang y pénètre et en est expulsé, la circulation est complète et très-active ; la main appliquée à la région du thorax perçoit ces impulsions violentes, et le thorax même est soulevé d'une manière sensible. Mais le volume du cœur est devenu tel qu'à aucun moment il n'existe plus de distance entre lui et la paroi pectorale. Il n'y a plus de choc proprement dit, il ne doit plus y avoir de bruit. Si, par un traitement bien dirigé, on parvient à diminuer le volume du cœur, il y a retrait de cet organe, distance entre lui et les parois thoraciques : dès-lors choc et retour du bruit.

Une autre cause bien différente par sa nature, mais dont le résultat est aussi de maintenir le cœur appliqué contre les parois thoraciques, et d'anéantir par suite les bruits cardiaques, c'est la présence d'un liquide épanché dans le côté droit de la poitrine, d'où résulte un refoulement contre les parois des organes contenus dans la cavité du côté opposé. M. Magendie a eu récemment occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu un cas de ce genre, chez une femme qui, atteinte d'un hydrothorax considérable, n'offrait plus que le premier bruit, celui de la pointe du cœur, le second ayant complètement disparu. Les détails de l'autopsie donnés dans le mémoire expliquent la suppression d'un de ces bruits et la persistance de l'autre. Des expériences sur les

animaux vivans confirment l'explication donnée par M. Magendie, et ainsi, en tenant, au moyen du doigt introduit dans la poitrine, le cœur appuyé contre la paroi sternale, on fait cesser les bruits.

On a vu, dans la première partie du mémoire, que si on s'oppose d'une manière quelconque au contact du cœur et des parois thoraciques, on empêche la production des bruits cardiaques. Certaines dispositions des organes pectoraux peuvent produire, dans l'état habituel d'un individu, le même résultat qu'on obtient dans les expériences sur les animaux par l'interposition d'un obstacle mécanique. Ainsi, qu'une partie du poumon gauche se trouve habituellement placée entre la pointe du cœur et la portion du thorax qui en devrait être frappée, l'interposition de ce coussinet amortira ou détruira le bruit qui devrait être produit par le choc de cette pointe. La même cause ne saurait amener la disparition du deuxième bruit, car le poumon, à moins de circonstances très-extraordinaires, ne vient pas se placer entre les parties du choc desquelles ce bruit résulte ; mais d'autres corps d'origine morbide peuvent venir se placer en ce lieu. Ainsi, sur une jeune fille, morte à l'âge de vingt-quatre ans d'une affection congéniale du cœur, le premier bruit seul était sensible. L'autopsie montra que la suppression de l'autre tenait à la présence de couches albumineuses, résultat d'une ancienne péricardite, couches qui enveloppaient presque tout le cœur, à l'exception de la pointe.

Les accumulations de liquide dans la membrane qui entoure le cœur, ne s'opposent pas en général aux bruits cardiaques : c'est qu'en effet il n'y a rien là qui mette obstacle aux mouvemens de l'organe plongé au milieu du liquide, et qui s'y meut à l'aise tant que l'accumulation n'est pas excessive. Dans le cas où elle devient telle, le liquide repousse en arrière la base du cœur, la maintient à une distance considérable du sternum, empêche le choc et le bruit.

Ce résultat avait été remarqué par Laennec, qui n'avait pas cherché à en donner une explication ; et en effet, dans son hypothèse, il eût été presque impossible d'en rendre raison. Cette hypothèse eût conduit à des conjectures plus rapprochées de la vérité, pour expliquer la suppression ou la modification du bruit dépendant d'autres causes. Ainsi, dans un cas observé par M. Magendie, le bru[illegible] choc produit par la pointe persistait, mais, au lieu de l'autre, on entendait un bruit de frottement qui avait évidemment lieu au moment de l'entrée du sang dans les ventricules. L'autopsie montra ce que l'observateur avait soupçonné d'avance, que ce bruit anormal dépendait d'un rétrécissement à l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Par suite de cette disposition, le sang pénétrait dans la cavité lentement et en produisant un frottement, mais plus de choc.

Une pareille modification paraît être fort rare, car l'auteur ne l'a

observée qu'une fois ; mais il en est une autre plus fréquente, et qui forme, pour ainsi dire, la contre-partie. Dans celle-ci le bruit du corps du cœur est normal, celui du choc de la pointe a disparu et est remplacé par un son de frottement très-prononcé. Dans cette modification le sang entre avec facilité dans les ventricules ; aussi le bruit clair se manifeste-t-il. Mais ce liquide ne passe qu'avec une certaine difficulté dans l'aorte, par suite du rétrécissement de ce vaisseau ou de déformation des valvules sygmoïdes. Dès lors le passage du sang n'étant plus instantané, il n'y a plus de redressement brusque de la crosse de l'aorte, redressement qui, dans le cas normal, porte la pointe du cœur en avant et la fait choquer le thorax. Un cas observé par M. Magendie à l'Hôtel-Dieu, semble devoir dépendre de dispositions un peu plus compliquées. La malade offre : 1.° une disparition complète du deuxième bruit ; 2.° un affaiblissement extrême et parfois l'absence du premier bruit, à la place duquel on entend un bruit de frottement à l'instant où le sang pénètre dans l'aorte. Le second fait rentre dans le cas précédent, mais on ne voit pas d'abord à quoi tint la disparition complète du premier bruit : ce n'est point un hydro thorax, car la percussion de la poitrine donne partout un son clair : elle n'indique pas non plus un hydropéricarde, et ainsi on ne peut supposer que l'existence d'une ancienne péricardite ou d'une dilatation du cœur. M. Magendie penche pour la dernière cause.

Tels sont, dit en terminant l'auteur du mémoire, les faits cliniques de quelque intérêt qui se sont présentés à mon observation depuis que je m'occupe du mécanisme des bruits du cœur. Ils sont sans doute fort peu nombreux relativement à ceux que le temps pourra me fournir, car les nuances des altérations physiques du cœur sont très-multipliées ; mais quel que soit leur nombre, tous, comme on a pu le remarquer, se rangent avec tant de facilité dans la nouvelle théorie, qu'ils en deviennent, ensemble ou séparément, une puissante confirmation. Mon sujet n'est point épuisé, ajoute l'auteur ; il me reste encore plus à faire, mais le temps seul peut m'en fournir les moyens. Il me reste surtout à examiner les bruits accidentels qui se développent fréquemment dans le cœur et les gros vaiss[illegible], sous l'influence de certaines maladies, et à les ramener aux lois g[illegible]ales de la production du son. J'ai déjà réuni sur ce sujet neuf et curieux un assez grand nombre de faits ; j'en ai fait le but de plusieurs expériences. J'aurai l'honneur d'en présenter le résultat à l'Académie, dans un mémoire spécial.

Séance du 18 *août*. — PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE. SUCCESSION ET TRANSMUTATION DES ESPÈCES. — M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un mémoire sur la continuation par voie de génération entre les espèces animales perdues et les espèces vivantes. Cette question est liée, suivant l'auteur, à celle du principe d'unité de composition organique. A cette

occasion, il rappelle les différens travaux relatifs à cette dernière question ; il s'attache ensuite à faire voir que les débris que nous possédons des espèces perdues se laissent aisément ramener à ce principe d'unité de composition, et qu'enfin, sous quelque point de vue qu'on envisage la zoologie antédiluvienne, en la comparant à la zoologie actuelle, on ne voit point qu'il existe de traits distinctifs pour la première. M. Geoffroy rappelle ensuite les idées émises par Cuvier, sur la persistance des espèces et y oppose celles de Linnée, de Buffon et de Lamarck. Il avoue, du reste, qu'il était difficile d'admettre la thèse de Lamarck dans les termes où elle était présentée, et que les objections que l'on tirait de la parfaite identité entre les animaux actuels et les individus de même espèce embaumés il y a 3000 ans, et conservés dans les sépultures égyptiennes, étaient décisives en ce sens qu'elles prouvaient que dans cet espace de trente siècles, il n'y avait pas eu de changemens appréciables dans les espèces. Mais de ce que Lamarck n'avait pas assez étendu le temps nécessaire pour que ces transformations s'opérassent, on n'en peut pas conclure qu'elles n'ont pas eu lieu. Il faut remarquer que ces modifications ont dû reconnaître pour causes principales les changemens qui se sont opérés dans les agens extérieurs aux époques des diverses révolutions qui ont bouleversé le globe, et que ces changemens depuis l'apparition de l'homme ayant été infiniment moindres, il n'y a pas lieu de s'étonner que les effets en soient à-peu-près inappréciables. Du reste, l'auteur dit que dans des communications ultérieures il exposera les faits qui, suivant lui, établissent la filiation entre les espèces anciennes et les espèces modernes, regardées comme distinctes par beaucoup de zoologistes.

Anatomie et physiologie comparées ; organe vasculaire particulier aux cétacés. De la respiration chez ces animaux. — M. Breschet lit un mémoire dans lequel il décrit un organe vasculaire qu'il a découvert dans les cétacés, et se livre à des considérations sur la respiration chez ces animaux. En disséquant un marsouin (*Delphinus phocæna*), l'auteur aperçut dans la cavité thoracique, sur les côtés de la colonne rachidienne, une masse considérable de vaisseaux d'apparence singulière. Cette disposition s'est montrée à lui, non-seulement chez le marsouin, mais encore sur plusieurs espèces de dauphins et sur un fœtus de baleine franche. Sur l'un et l'autre côté de la colonne rachidienne, au devant des côtes, derrière les plèvres, depuis le sommet jusqu'à la base de la poitrine au-dessus du diaphragme, existe un vaste plexus formé d'autant de masses distinctes qu'il y a de côtes, masses qui se recouvrent l'une l'autre, mais ne contractent pas d'adhérences, de manière qu'elles n'entravent pas les mouvemens de la caisse osseuse du thorax. Ce plexus résulte de la division de branches qui naissent d'un tronc commun avec les artères intercostales.

Entre la troisème et la quatrième côte, on aperçoit un tronc veineux qui sort de dessus le plexus pour se porter un peu obliquement en haut et en dedans, et aller se réunir à un tronc semblable pour former la veine cave supérieure. Du bord postérieur de la masse vasculaire partent de nombreux prolongemens qui pénètrent par le trou de conjugaison jusque dans le canal vertébral, en enveloppant les nerfs rachidiens, et formant un plexus inextricable sur la partie postérieure de la moelle épinière, comparable au réseau veineux rachidien que M. Breschet a décrit chez l'homme, mais avec cette différence que chez le dauphin il est principalement formé de branches artérielles, tandis que chez l'homme il est essentiellement formé par des veines. Ce plexus avait été déjà observé par Hunter, mais il avait été trop sommairement indiqué pour être acquis à la science.

L'auteur n'a jusqu'à présent rencontré ce plexus vasculaire que chez les cétacés, mais il pense que l'on trouvera probablement une organisation analogue chez les animaux qui vivent dans des conditions comparables à celles où existent les cétacés. Déjà Cuvier avait remarqué que les phoques ont dans le foie un grand sinus qui doit leur être utile dans la submersion, en rendant la respiration moins nécessaire pour le mouvement du sang pendant qu'ils sont sous l'eau. On devait penser *à priori* que, chez les animaux à poumons qui plongent dans l'eau et qui y séjournent quelque temps, il devait exister des réservoirs pour tenir loin du cœur le sang veineux, afin qu'il ne fût pas distribué aux tissus par les mêmes voies que celles qui portent le sang artériel; et qu'il fallait admettre, pour ce sang artériel, l'existence de diverticules qui le rendissent plus tard à la circulation, lors des intermittences de l'hématose pulmonaire. Les poissons, par leur mode de respiration approprié au milieu liquide dans lequel ils sont toujours plongés, n'ont pas besoin de plexus vasculaire semblables à ceux des cétacés. Suivant M. Breschet, ces plexus formeraient, pour ceux ci, un réservoir de sang artériel, lequel, au moment où la respiration est suspendue pendant l'immersion, reviendrait dans l'aorte pour être de là distribué aux diverses parties. Ce retour résulterait en partie de l'élasticité des vaisseaux formant le plexus, en partie d'une pression extérieure exercée par les poumons. A la vérité, s'il n'existait que les plexus dont il a été parlé, le sang artériel, pendant la submersion, semblerait ne devoir être fourni qu'aux parties inférieures, et le cerveau, généralement regardé comme l'organe qui souffre le plus de l'accès du sang noir, serait justement la partie la moins favorisée; mais d'autres plexus artériels, dont le volume est proportionné à celui de l'organe cérébral, existent dans l'intérieur même du crâne, de sorte que la masse encéphalique reçoit encore, pendant la suspension de la respiration, le sang rouge qui est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Séance du 25 août. — Mécanisme des bruits du cœur. — M. Bouillaud adresse une lettre sur ce sujet, en réponse à la deuxième partie du mémoire de M. Magendie. Il commence par établir qu'il existe au moins une triple source de bruits anormaux du cœur.

Première cause des bruits anormaux du cœur. — Elle consiste dans des lésions dites *organiques* de la membrane interne du cœur et des valvules autour desquelles elle se réfléchit. De ces lésions, les plus remarquables sont les différentes espèces d'induration des valvules avec rétrécissement plus ou moins considérable des orifices auxquels elles sont adaptées. Or, ces lésions qui s'opposent au libre jeu des valvules, et qui gênent, d'une manière si évidente, le cours du sang à travers le cœur, produisent, comme tout le monde le sait aujourd'hui, les bruits de *souffle*, de *soufflet*, de *scie*, de *râpe*, de *lime*, et quelquefois un véritable bruit de *sifflement* ou de cri d'oiseau que je crois avoir signalé le premier.

Seconde cause. — Elle consiste dans les lésions du péricarde. Ainsi, par exemple, quand les surfaces opposées de ce sac membraneux sont devenues rugueuses, inégales, raboteuses en quelque sorte, il s'opère pendant le glissement réciproque des unes contre les autres un frottement plus ou moins considérable, et delà ce bruit de râpe diffus et superficiel, ou ce bruit de craquement de *cuir neuf* qu'on entend dans certains cas de péricardite. Les grands épanchemens dans le péricarde modifient d'une autre manière les bruits du cœur ; ils les obscurcissent, les font paraître plus sourds, plus éloignés, etc. J'ai recueilli un cas dans lequel une concrétion ossiforme, saillante à la surface du péricarde, avait donné lieu, pendant tout le temps que le malade passa dans notre service, à un bruit de *râclement* très-prononcé.

Troisième cause. — Celle-ci consiste dans les lésions de la substance musculaire du cœur elle-même, ou de son principe excitateur, lésions en vertu desquelles la percussion du cœur contre les parois de la poitrine est tantôt augmentée et tantôt diminuée. Comme cette percussion n'a lieu d'une manière sensible, dans les cas ordinaires du moins, que pendant la systole du cœur, c'est à ce dernier mouvement que correspondent les bruits anormaux de cette troisième catégorie. Chez un bon nombre d'individus, surtout quand ils sont un peu maigres, j'ai souvent entendu et fait entendre à un grand nombre de personnes, un tintement clair, argentin, métallique, qui dépend bien certainement du choc du cœur contre la région précordiale sur laquelle on applique l'oreille.

Voyons maintenant si les bruits anormaux du cœur, provenant des causes que nous venons d'indiquer, constituent des argumens favorables au système de M. Magendie sur le mécanisme des bruits du cœur. Or, 1.° il est bien évident que les bruits de scie, de râpe, de

sifflement, etc., qui altèrent si profondément, je ne dis pas seulement la force ou l'intensité, mais la nature et en quelque sorte le *timbre* du tic-tac du cœur, et qui sont l'effet de notre premier genre de cause ou des lésions valvulaires, ne sauraient déposer en faveur de ce système. En effet, s'il est vrai que le *tic-tac* du cœur dépende d'un double choc contre la poitrine, pourquoi ne persiste-t-il pas, comme à l'ordinaire, dans les lésions de ce genre, au lieu d'être remplacé par un bruit de *râpe*, de *scie*, etc. ? Que si, au contraire, les bruits de scie, de râpe, de soufflet ne sont que des modifications du tic-tac normal du cœur, n'est-il pas rationnel d'en conclure que ce tic-tac dépend du jeu des valvules et du passage du sang à travers les orifices qu'elles bordent, puisque, encore une fois, c'est aux lésions de ces parties que sont dues les modifications indiquées du double bruit du cœur ? M. Magendie, il est vrai, dit que le rétrécissement des orifices du cœur empêche tantôt le premier choc, tantôt le second, et que c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'absence du premier bruit dans un cas, du second bruit dans l'autre cas. Mais j'oserai affirmer, sans vouloir en rien attaquer les faits observés par M. Magendie, que j'ai rencontré plus de cinquante cas de rétrécissement des orifices du cœur, dans lesquels cet organe, loin d'avoir cessé de *choquer* contre la région précordiale, *choquait* contre elle avec plus de force. Ainsi donc, il ne me semble pas qu'on puisse invoquer à l'appui de la théorie de M. Magendie, les bruits anormaux qui accompagnent les lésions des valvules, et qui, pour le dire en passant, ont si puissamment concouru à rendre plus facile le diagnostic de ces maladies.

2.° Les bruits que déterminent les diverses lésions du péricarde sont également bien loin de prouver, si je ne m'abuse, que le bruit du cœur reconnaisse pour cause un double choc de cet organe contre les parois pectorales. Et pour ne parler ici que des modifications des bruits du cœur dans les cas d'un épanchement très-abondant dans le péricarde, n'est-il pas démontré par un assez grand nombre de faits que ces bruits se font encore entendre, affaiblis ou lointains, je l'avoue, bien que le cœur ne puisse plus venir frapper, et pour ainsi dire *percuter* la région précordiale ? Tout récemment encore un cas de ce genre s'est présenté dans les salles dont je suis chargé.

3.° Restent à examiner les bruits anormaux de la troisième catégorie. Or, dans les cas où le cœur produit un choc assez fort pour donner lieu à un bruit particulier, au tintement métallique, par exemple, cela n'empêche pas de distinguer encore le double bruit du cœur. Ce tintement est donc une sorte de bruit sur-ajouté, accidentel, indépendant du tic-tac normal du cœur. D'ailleurs, ce bruit est simple, n'a lieu que pendant la systole, et le bruit du cœur est double : par conséquent il est impossible d'appuyer la théorie de

M. Magendie sur le fait dont il s'agit. La preuve sur laquelle ce célèbre physiologiste compte le plus, pour le triomphe de sa doctrine, c'est l'absence des bruits du cœur dans les cas d'une hypertrophie considérable de cet organe, dont le volume « est devenu tel qu'à aucun moment il n'existe plus de distance entre lui et la paroi pectorale. » Il n'y a plus alors de choc proprement dit, selon M. Magendie, et il ne peut plus y avoir de bruit.

Je conviendrai volontiers que si les choses se passaient toujours ainsi dans l'hypertrophie, le système de M. Magendie acquerrait un haut degré, sinon de certitude, au moins de probabilité. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi : par exemple, le nombre de cas d'hypertrophie plus ou moins considérable du cœur que j'ai observés s'élève à plus de deux cents : or, je dois déclarer que j'ai toujours entendu, et très-distinctement, les bruits du cœur modifiés, suivant les complications, soit dans leur intensité, soit dans leur nature, et si j'ose ainsi dire, leur *timbre*, « toutes les fois que les ventricules se contractent et se dilatent, que le sang y pénètre et en est expulsé, que la circulation est complète et très-active, que la main appliquée sur la région précordiale perçoit des impulsions violentes, et que le thorax même est soulevé d'une manière sensible. »

Il résulte pour moi de tout ce qui précède, que la théorie de M. Magendie sur le mécanisme des bruits du cœur, quelque ingénieuse qu'elle soit, et quelque imposante que soit l'autorité du savant académicien qui l'a proposée, ne rend pas un compte aussi satisfaisant des bruits anormaux du cœur que celle exposée dans la précédente lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, et qui place la cause du *tic-tac* ou double bruit du cœur dans le jeu des valvules et le passage du sang à travers les orifices de cet organe.

— M. Junot présente des *recherches sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air tant sur le corps que sur les membres isolés*. Nous y reviendrons à l'occasion du rapport qui sera fait sur ce travail.

— M. Leroy lit un mémoire *sur l'engorgement de la prostate et la paralysie de la vessie*, sur de nouveaux procédés pour le traitement de la rétention d'urine qui en est le résultat.

VARIÉTÉS.

De la responsabilité des médecins et de l'affaire de M. Thouret-Noroy.

La question de la responsabilité médicale est beaucoup trop difficile à traiter pour qu'on puisse la renfermer dans un court article de journal. Cependant l'affaire malheureuse de M. Thouret-Noroy fait tant de bruit dans le monde médical que nous nous croyons obligés

de lui consacrer quelques lignes. De tels événemens ne peuvent qu'affliger ; si, d'un côté, on a surtout à déplorer un fait fâcheux pour l'humanité; s'il est, en outre, pénible de voir la dignité de la profession médicale compromise par des débats qui, quel qu'en soit le résultat, accuseront toujours un confrère; d'un autre côté, il ne l'est pas moins de voir des magistrats se faire des idées aussi fausses sur la responsabilité des médecins, et surtout en faire une application aussi erronée. Mais si nous voulons les éclairer, n'affichons point de prétentions qui pourraient, à juste titre peut-être, les effaroucher. Déclarer qu'un médecin n'est jamais responsable de ses actes, dans l'exercice de sa profession, ce serait, suivant nous, avancer un principe dont les conséquences pourraient être également dangéreuses pour la société et pour le corps médical. Les cas de responsabilité, il est vrai, ne sont pas seulement difficiles à déterminer, ils sont encore excessivement rares. Mais il suffit qu'il puisse s'en présenter, et qu'il s'en soit présenté en effet, pour que ni les magistrats, ni le public ne nous accordent jamais une entière irresponsabilité. Du reste, ce principe, dût-il être admis d'une manière absolue, serait maintenant repoussé, parce que le principe contraire, sans être textuellement exprimé dans la loi, est tout-à-fait consacré par les arrêts des tribunaux supérieurs qui forment la législation secondaire. Le point important pour nous, c'est que cette responsabilité médicale soit appréciée à sa juste valeur et appliquée avec justice. C'est malheureusement ce qui n'a point eu lieu dans l'affaire que nous avons citée au commencement de cet article, ainsi qu'on pourra s'en convaincre du premier coup-d'œil.

D'après les débats, M. Thouret-Noroy, docteur en médecine, ancien médecin en chef des hôpitaux de Saint-Quentin, fit une saignée de bras à un cultivateur nommé Guigne. Consécutivement à la saignée, il se développa une tumeur au pli du bras où cette opération avait été pratiquée. Cependant le malade put vaquer à ses travaux, puisque des témoins ont affirmé l'avoir vu à sa charrue. Quoi qu'il en soit, au bout de trois mois, un officier de santé, M. Chouippe, fut appelé auprès de Guigne qui avait cru devoir consulter préalablement une sage-femme. M. Chouippe diagnostiqua un anévrysme, et, sans en référer à M. Thouret-Noroy, sans l'assistance d'un docteur, il opéra la ligature de l'artère brachiale. La gangrène s'empara du membre, dit M. Chouippe, il fallut l'amputer; et ce fut encore lui, officier de santé, qui, de son propre mouvement, pratiqua cette nouvelle opération. Le malade, ainsi mutilé, attaqua M. Thouret-Noroy en dommages et intérêts. De là, jugement du tribunal d'Evreux, qui condamna M. Thouret-Noroy à 600 francs de dommages et intérêts et à payer une rente viagère de 150 fr. à Guigne. La cour royale de Rouen, à laquelle on appela M. Thouret-Noroy, crut devoir enchérir sur ce jugement et élever les 600 francs à 1000. Dans cette cause, on vit des paysans affirmer, sous serment, qu'une saignée, pratiquée devant eux,

avait offert des phénomènes insolites ! Qu'ils avaient distingué dans une tumeur les battemens qui caractérisent une tumeur anévrysmale ! Qu'ils avaient reconnu une plaie artérielle au sein d'une tumeur pleine de sang caillé ! etc., etc.

En supposant qu'il y ait eu anévrysme par suite de la piqûre de l'artère brachiale, M. Thouret-Noroy n'était point responsable d'un accident qui peut arriver et qui est arrivé en effet à des chirurgiens habiles. Mais y a-t-il eu anévrysme? Les magistrats de Rouen n'ont point balancé pour répondre eux-mêmes à cette question. Une consultation de sept médecins respectables de Rouen, n'est d'aucun poids à leurs yeux. Appuyés sur les dépositions de quelques villageois, ils décident qu'il y avait anévrysme : parce que le sang, qui parut aux témoins d'une couleur extraordinaire, *jaillissait et brouait ou brouissait;* parce que Guigne eut *de la douleur pendant dix-huit jours* au pli du bras; parce qu'il *se forma une tumeur* au même endroit; parce que l'officier de santé qui pratiqua une opération grave, au mépris de la loi, *fit palper et reconnaître à trois témoins les battemens qui existaient à la tumeur ;* parce que, cette tumeur étant ouverte, *il en sortit du sang caillé et du sang liquide couleur rouge;* parce que ces mêmes témoins *reconnurent que la piqûre existait à l'artère;* parce qu'*ils jugèrent à la couleur et à l'odeur du sang que c'était du sang artériel;* parce qu'ils ont vu le sang *jaillir de l'artère avant l'introduction de la sonde!!* (*Voy.* les considérans du jugement de la Cour royale de Rouen).

Ce qui paraît inconcevable, c'est que la cour, écartant pour établir ses considérans la déposition de l'officier de santé Chouippe, sans doute parce qu'il était trop intéressé dans l'affaire et qu'il ne pouvait pas y figurer à titre de témoin, n'a appuyé son jugement que sur la déposition de gens qui n'ont pu évidemment parler que sous l'inspiration de ce même M. Chouippe. Car tout le monde sait que des villageois ne savent point qu'il existe, dans l'économie animale, deux ordres de vaisseaux sanguins et deux espèces de sang; encore moins ont-ils pu reconnaître du sang artériel *à l'odeur!*

M. Thouret-Noroy a appelé en cassation de ce jugement étrange. Il s'est même adressé à l'Académie royale de médecine, qui lui a répondu par un silence d'autant plus extraordinaire qu'elle n'avait point agi ainsi dans une circonstance antérieure moins favorable peut-être au principe de la responsabilité médicale. Enfin, M. Thouret-Noroy a fait part de l'injuste attaque dont il est l'objet, à l'*Association des médecins de Paris*, qui s'est réunie, jeudi 18 septembre, dans l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. Il a été décidé : 1° qu'on adresserait à M. Thouret Noroy, au nom de l'association de prévoyance et des médecins de Paris, une lettre, ayant pour but de lui prêter un appui moral devant l'opinion publique et devant la cour de cassation; que cette let-

tre, où l'on consignerait tout ce qu'il y a d'irrégulier dans la conduite de l'officier de santé Chouippe, serait signée non-seulement par la commission chargée de sa rédaction, mais encore par tous les docteurs en médecine et en chirurgie de Paris; qu'elle serait imprimée et adressée aux tribunaux, spécialement à celui d'Evreux, à la Cour royale de Rouen et à la Cour de cassation; (1) 2° qu'une souscription serait ouverte pour couvrir les frais supportés par M. Thouret-Noroy. Au moment de lever la séance, M. Dubois, doyen honoraire de la Faculté, s'est fait inscrire le premier pour une somme de 500 francs.

Errata.

A la page 559 de notre précédent volume (N.° de août), nous avons laissé échapper, dans le mémoire de M. Beau, une faute typographique qui pourrait nuire à l'intelligence des faits neufs qui y sont contenus. Lisez, ligne 5, la forme du retentissement est plus éclatante et mieux articulée, au lieu de *moins* articulée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet d'anatomie descriptive et raisonnée; par Broc, *docteur en médecine, professeur d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire. Paris*, 1833; in-8.° Tome I.er Chez Just-Rouvier et Le Bouvier.

Cet ouvrage, que des circonstances particulières et du reste assez indifférentes à nos lecteurs, nous ont empêché d'analyser aussi promptement que nous l'eussions désiré, mériterait, à cause des questions de philosophie qu'il soulève, plus d'attention qu'il n'est possible de lui en accorder dans une courte mention de journal. Peut-être aussi, pour être mieux jugé, le livre de M. Broc demanderait-il d'être achevé, ou du moins d'être plus avancé. Quoi qu'il en soit, nous allons essayer de rendre compte de ce premier volume, nous réservant de revenir sur le jugement que nous en porterons lorsque l'ouvrage sera terminé. Cette réserve nous est d'autant plus commandée, que le titre pourrait facilement induire en erreur sur l'œuvre de M. Broc, et que le sujet en est traité d'une manière toute nouvelle. Aussi, dit-il dans une préface intitulée : *Avis essentiel*, « cette première partie de mon ouvrage ne ressemble en rien à aucun traité d'anatomie : la méthode, la matière, l'objet, le style, tout offre un caractère propre, spécial.... » Laissant donc de côté le titre, voyons ce qu'a fait M. Broc.

Le but de l'auteur est de donner une connaissance de l'homme, de décrire les parties matérielles ou organes qui donnent lieu aux phéno-

(1) Nous reproduirons cette lettre lorsqu'elle aura été approuvée par l'assemblée générale des médecins de Paris.

mêmes ou fonctions dont il est doué. Partant du principe que les connaissances doivent être présentées de la manière dont l'esprit s'exerce, et que cette manière est la même chez tous les hommes, il pense que la méthode à suivre dans l'enseignement de toute science doit consister à commencer par l'étude de l'ensemble et des grandes masses, et à descendre graduellement aux détails, à moins que les choses soient si simples qu'on n'y rencontre presque rien de ce qui a rapport à l'ordre, à la succession, à l'enchaînement, et que l'on voie tout d'un coup-d'œil simultané; car alors il est indifférent par où l'on commence. Mais lorsque les choses sont composées de parties nombreuses différentes les unes des autres, compliquées surtout par leur arrangement, et que l'esprit ne peut tout embrasser à-la-fois, il les examine d'une manière lente et successive, passant d'un premier aperçu à un second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le besoin satisfait vienne mettre un terme à l'observation, qui peut être indéfiniment poursuivie. Or, il examine d'abord l'ensemble, ainsi que les grandes dispositions, et il n'examine que cela; car, soit paresse, soit impuissance, l'esprit cherche toujours à s'emparer de ce qui lui offre moins de difficulté; et il est évident que ce sont les grandes masses qu'il saisit le plus aisément, d'abord par cela même qu'elles sont grandes, et ensuite parce qu'elles sont très-peu nombreuses. Un second examen porte d'une manière plus particulière sur chacune des divisions principales des grandes masses, comme le premier a eu lieu sur ces dernières, ainsi que sur leur réunion. Chacune des parties les plus remarquables des groupes secondaires devient l'objet d'un troisième examen, ainsi que ces groupes eux-mêmes l'ont été du second. Un quatrième lui succède, et d'autres, jusqu'à ce que les choses soient convenablement étudiées.

Quoique ces opérations se ressemblent parfaitement, elles deviennent plus longues, plus difficiles, et souvent moins instructives, à mesure qu'on avance : plus longues, parce qu'il y a plus de parties à examiner; plus difficiles, parce que les comparaisons qui doivent toujours être établies entre les choses qu'on observe, sont d'autant moins aisées que le nombre de ces choses est plus considérable; moins instructives, parce que plus l'attention est disséminée, moins les idées acquises ont d'exactitude et de netteté, et moins aussi elles séjournent dans l'esprit. C'est pourquoi les divisions perdent de leur valeur à mesure qu'elles se multiplient; gardons-nous de les étendre au-delà du besoin.

Observons qu'il existe un rapport frappant entre la complication toujours croissante des divers examens auxquels l'esprit se livre et les degrés d'aptitude que celui-ci acquiert progressivement. Au premier examen, ce que l'on considère est grand, bien prononcé, facile par conséquent à saisir, et pour en apprécier la disposition il n'est besoin de se livrer à aucun effort : mais aussi on ne sait rien encore; on est moins apte à observer qu'on ne le sera jamais, et la moindre compli-

cation pourrait répandre partout le trouble et la confusion. Au second, les choses sont plus petites, plus nombreuses; leurs relations se sont multipliées, et l'appréciation des unes et des autres offre une certaine difficulté. Mais les premières observations faites ont rendu plus apte à en faire de nouvelles; dans ce qu'on a vu, on a appris ce qu'actuellement on considère, et l'exercice présent a été rendu plus facile par l'exercice antérieur. Enfin, au dernier examen se déploie une multitude d'objets dont la progression croissante pour le nombre et décroissante pour l'étendue, se termine à l'insensible et fugitif détail; de sorte que le travail intellectuel devient aussi difficile qu'il puisse l'être. Mais l'esprit, qui a plusieurs fois observé, s'exerce déjà sous l'heureuse influence de l'habitude; il embrasse d'un seul coup-d'œil une foule de dispositions autour desquelles se traînait auparavant son faible et timide regard; il saisit mieux les rapports des groupes, des détails, qu'il ne saisissait d'abord ceux de deux masses. (*Considérations préliminaires*).

Conséquemment à cette idée, M. Broc ne donne, dans ce premier volume, qu'une esquisse de la structure de l'homme, qu'une indication de ses nombreux organes; et comme il parle de leurs fonctions, il en donne aussi le tableau; mais ce tableau est plus étendu que celui qui est consacré à montrer les organes eux-mêmes; enfin, comme l'auteur partage l'histoire de l'homme en deux sections, 1° le corps, 2° l'entendement, il en résulte qu'il y a dans son premier volume beaucoup plus de physiologie, et en particulier d'idéologie, que d'anatomie. Néanmoins, si l'intention de M. Broc est de consacrer les trois autres volumes à l'anatomie exclusivement, il lui reste encore assez de place pour la bien traiter.

Il y a certainement un grand fond de vérité dans ce que dit M. Broc sur la manière naturelle à l'homme d'étudier; mais, cependant il y a aussi quelque chose d'inexact. Il est vrai que, lorsque l'homme jette les yeux sur un tableau dont il peut embrasser l'ensemble, il n'aperçoit souvent d'abord que les principales divisions, les principaux groupes du tableau; que, s'il l'étudie davantage, il en observe les divisions secondaires, et ainsi de suite les détails les plus minutieux. Mais il est certain aussi que l'homme procède rarement avec autant de méthode, et que, si les principaux groupes le frappent beaucoup, il s'arrête pourtant davantage à de jolies figures de détails qui le frappent beaucoup plus encore; ensorte, qu'alors il ne suit d'autre règle que son goût, son plaisir, et quelquefois le hasard dans l'examen du tableau qu'il a sous les yeux.

L'homme suit encore cette marche quand il observe pour la première fois un objet très-étendu dont ses yeux *ne peuvent point embrasser l'ensemble*. Ainsi, pour prendre l'exemple même de M. Broc, l'homme qui visite Paris pour la première fois *ne s'en forme pas d'abord*, comme l'auteur le croit, *le plan le plus simple et à-peu-près vide de*

particularités. Il n'y voit d'abord qu'un amas de maisons séparées par des rues, des places et même une grande rivière; mais il ne pourra saisir de rapports d'ensemble entre ces rues, ces places, cette rivière, qu'après une multitude d'observations de détails; et s'il ne s'aide point du plan de Paris, s'il n'a d'autre méthode d'étudier que *la méthode de hasard* de la plupart des gens du monde, il pourra passer des années à Paris avant de pouvoir s'en former un plan très-simple, c'est-à-dire avant de pouvoir en donner à-peu-près la circonscription et les six, huit on douze divisions principales. Cela est si vrai, que la plupart de nous serions aujourd'hui fort embarrassés de le faire avec quelque exactitude, si nous n'avions un plan de Paris sous les yeux. Cependant que de connaissances de détails ne possédons-nous pas sur ce sujet! Dans la plupart des cas et dans celui qu'a supposé M. Broc, l'esprit humain procède successivement, et tour à tour, des détails à l'ensemble, et de l'ensemble aux détails. Tout cela, au reste, n'empêche pas la méthode de M. Broc d'offrir des avantages. Néanmoins elle n'est peut-être nécessaire que chez l'enfant, comme l'a déjà pensé M. Gerdy, qui, d'après ses méditations sur les diverses méthodes d'enseignement, avait été conduit dès 1830 à proposer celle-ci dans ce cas. (Voy. *Physiol. méd.*, introd. Pag. cxij).

Dans la première section de son ouvrage, l'auteur, à l'occasion du corps de l'homme, parle donc successivement d'une manière sommaire des organes de la vie de relation, de ceux de la vie intérieure et de la vie de l'espèce ou de reproduction, et des fonctions de ces organes. La manière de l'auteur consiste principalement, après avoir esquissé son sujet à grands traits, à se servir de comparaisons avec les choses usuelles; comparaisons qui peuvent quelquefois paraître triviales à ceux qui connaissent le sujet, mais qui sont très-propres à en faciliter l'intelligence aux personnes à qui il est étranger. La seconde section, qui a pour titre *Entendement*, est exclusivement consacrée à ce sujet, et y tient beaucoup trop de place, à notre avis, pour un ouvrage d'anatomie.

Le style de l'ouvrage est brillant, plein d'imagination. On y trouve des pages éloquentes et beaucoup de pensées ingénieuses, de remarques fines et délicates, quelquefois profondes. Mais, nous sommes obligé de le dire, il y a de ces pages qui sont deplacées dans un ouvrage scientifique, soit parce que le style en est trop recherché et souvent de mauvais goût, soit parce que l'auteur paraphrase, amplifie et représente, sous toutes sortes de formes, la même idée. Quelque juste et profonde que soit une pensée, elle n'est jamais mieux présentée, elle n'a jamais plus de force que lorsqu'elle est aussi laconiquement que clairement exprimée. Une pensée heureuse est un mets délicat et choisi que l'on ne doit jamais offrir sous trop de formes, de peur qu'il ne perde de son prix et n'inspire un sentiment de satiété.

Au reste, nous ne doutons pas que M. Broc ne prenne un style plus sévère dans les volumes suivans. A défaut de bonne volonté la nécessité l'y forcerait. Il n'est pas possible de décrire des détails en

style brillant. On ne peut chercher alors que la clarté, la simplicité, la précision ; et bien heureux celui qui les peut rencontrer !

Nous reviendrons, comme nous l'avons déjà dit, nécessairement sur cet ouvrage, qui annonce un esprit original et de haute portée, un très-grand et très-beau talent.

Manuel pratique d'ophthalmologie ou Traité des maladies des yeux ; par VICTOR STŒBER, *docteur en médecine, agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg.* Paris (Strasbourg), 1834. In-8.° de 496 pp., fig.

Il y a déjà plusieurs années qu'en rendant compte de la traduction des leçons de M. Lawrence sur les maladies des yeux, par Billard, nous faisions remarquer combien l'étude de cette branche intéressante de la pathologie était généralement négligée en France, tandis qu'en Angleterre, en Italie et en Allemagne, elle était non-seulement l'objet de leçons publiques, mais qu'on trouvait dans ces différens pays des cliniques spéciales où les élèves peuvent puiser un enseignement à-la-fois théorique et pratique sur la pathologie oculaire. Un tel abandon nous frappait d'autant plus, que c'est aux médecins français, et surtout à l'Académie royale de chirurgie, que l'ophthalmologie dut l'impulsion nouvelle qu'elle reçut dans le siècle dernier. Enfin, depuis quelque temps, son étude a repris faveur en France, et nous ne doutons pas de l'empressement avec lequel on accueillera le *Manuel* de M. Stoeber.

Livré depuis plusieurs années à l'enseignement et à la pratique des maladies des yeux, l'auteur ne tarda pas à reconnaître le besoin d'un traité succinct, mais complet, qui pût servir de guide à l'élève comme au praticien, et il composa son livre. Ce qui frappe d'abord dans les traités publiés sur cette matière, c'est la confusion qui règne dans la nomenclature de cette classe de maladies, confusion qui résulte en grande partie de ce qu'elles ont été étudiées par des pathologistes de différens pays. Aussi M. Stoeber s'est-il attaché à simplifier cette synonymie, en conservant les noms les plus simples, et ceux dont la signification est la plus généralement adoptée. Mais pour faciliter les recherches, il a ajouté à la fin de l'ouvrage une table alphabétique qui contient tous les termes d'ophthalmologie, en sorte que ce Manuel peut servir en même temps de Dictionnaire sur cette matière. M. Stoeber s'étant surtout attaché à écrire un ouvrage pratique, n'a traité que légèrement les points qui intéressent plutôt l'histoire de l'art que la thérapeutique oculaire ; delà aussi les bornes dans lesquelles il s'est renfermé, en ne décrivant que les traitemens et les procédés opératoires dont l'expérience a confirmé l'efficacité, ou qui ont été proposés par les auteurs les plus recommandables. Toutefois il a très-bien compris qu'aujourd'hui on ne se contente plus dans l'étude des sciences, d'assertions, de préceptes ou d'observations avancées sur la seule foi de l'auteur qui les cite : celui qui approfondit un sujet veut souvent

recourir aux sources d'où émane la citation. M. Stoeber a senti ce besoin de notre époque, et il a placé à la fin de la plupart des articles un répertoire bibliographique sur le sujet qui y est traité. En outre, l'introduction de l'ouvrage est terminée par l'indication des principaux traités généraux d'ophthalmologie qu'on peut consulter avec fruit.

Dans l'exposition des maladies des yeux, M. Stoeber a adopté une classification toute anatomique dont les avantages nous semblent compenser, et au-delà, ce qu'elle peut offrir de vicieux sous le rapport nosologique. Il divise ces maladies en quatre grandes classes, suivant qu'elles occupent les voies lacrymales, l'orbite, les paupières et le globe de l'œil. Pour chacune d'elles, il traite d'abord de l'inflammation, puis des altérations dont elle est la cause; viennent ensuite les lésions dynamiques, c'est-à-dire, celles qui n'offrent pendant la vie aucune lésion organique appréciable. Il termine par l'exposé des vices de conformation et des lésions mécaniques de la partie. L'auteur a eu soin de rappeler dans son introduction les précautions qu'il importe de prendre pour explorer l'œil convenablement dans ses divers états morbides : ses préceptes sont ceux que le professeur Himly, de Gottingue, a si bien retracés, et que nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs. (*Archives gén. de Méd.*, tome XXX, page 378, année 1832). Le *Manuel* est terminé par un formulaire dans lequel l'auteur indique les doses et la manière d'appliquer les médicamens sur l'œil malade.

L'ouvrage de M. Stoeber justifie en tous points son titre : il est essentiellement pratique, et l'on y trouve le résumé des travaux les plus récens sur la pathologie oculaire. Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion d'en apprécier toute l'utilité, et nous le recommandons avec confiance aux élèves et aux praticiens.

Recherches chimiques et médicales sur la créosote, sa préparation, ses propriétés, son emploi; par E. Miguet, *D. M.* Paris, 1834. In-8.°

L'auteur de ce petit ouvrage, après avoir indiqué la préparation de la créosote, donne le résultat de ses expériences sur les animaux avec cette substance. Voici ses conclusions qui peuvent être utiles pour la médecine-légale :

1.° La créosote exerce une action essentiellement délétère sur l'économie animale;

2.° Donnée à une faible dose, elle ne cause aucun trouble fonctionnel; tandis que, étendue dans deux ou quatre fois son poids d'eau, et administrée en quantité suffisante (deux gros dans une demi-once d'eau pour un jeune chien), elle entraîne des accidens promptement mortels.

3.° Elle agit en irritant les surfaces sur lesquelles elle est appliquée. Elle jouit aussi de la propriété de coaguler l'albumine.

4.° L'empoisonnement par cette substance pourra être constaté par

la rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale, par l'épaississement et la coloration particulière du sang, par la propriété qu'auront les matières alimentaires de coaguler l'albumine de l'œuf; ajoutons comme caractère essentiel, l'odeur *sui generis* qu'exhaleront les tissus soumis à l'investigation du médecin-légiste.

M. Miguet passe ensuite aux propriétés thérapeutiques de la créosote. Un nombre considérable de faits sont cités en faveur de cette substance. Si l'on en croit M. Reichenbach et l'auteur de cette brochure, la créosote est un remède précieux pour les maladies suivantes : brûlures, gale, dartre, gerçures, gangrène, carie, odontalgie, panaris, ulcères scrofuleux, tumeur blanche ulcérée, hémoptysie, chancres, hémorrhagies, phthisie, catarrhes, et une foule d'autres affections.

Ce qui est beaucoup plus important jusqu'à ce que les vertus thérapeutiques de la créosote aient été étudiées d'une manière un peu plus scientifique, ce sont les effets toxiques de cette substance.

« Administrée à la dose de deux gros dans une demi-once d'eau à un jeune chien, elle a produit des symptômes effrayans; son ingestion dans l'estomac a été immédiatement suivie d'une prostration complète du système musculaire; la tête était inclinée vers le sol sur lequel elle s'appuyait fréquemment; étourdissemens, vertiges, regards fixes; tous les sens externes de l'animal semblent plongés dans un profond engourdissement; plus d'attention à la voix qui l'appelle, indifférence pour la main qui le caresse;...... Au bout de trois minutes au plus, la respiratiou, qui était gênée dès le principe, a été tout-à coup interceptée par un amas considérable de mucosités filantes, visqueuses, plus épaisses que dans l'état naturel, obstruant l'ouverture supérieure du larynx; alors le chien a été pris d'une toux violente, convulsive, saccadée, qui a augmenté de beaucoup l'écoulement déjà fort abondant d'une bave spumeuse, formant, de chaque côté de la mâchoire inférieure, des globes salivaires du volume d'un œuf de poule; la respiraton était courte, plaintive, entrecoupée, l'haleine chaude; à tous ces phénomènes se joignaient encore des éructations, des nausées accompagnées de rétractions spasmodiques des muscles abdaminaux, et un vomissement de matières laiteuses (le chien n'avait rien pris depuis la veille); il a passé environ deux heures dans cette pénible position, qui semblait devoir rester stationnaire; mais peu à peu les accidens s'aggravèrent au point qu'il fut menacé de suffocation; la respiration devint de plus en plus laborieuse; les intervalles qui séparent l'expiration de l'inspiration furent plus longs que d'ordinaire; les membres furent saisis de frémissement, puis de contracture, et alors fut suspendu l'exercice de toutes les fonctions ».

L'ouvrage de M. Miguet, outre ce qu'il contient de propre à l'auteur, et que nous venons d'indiquer, présente l'ensemble des documens recueillis sur la créosote. Sous ce rapport encore il est utile à consulter.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1834.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — *Observations et réflexions sur le déplacement de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe et l'échancrure sacro-sciatique; par M.* GERDY, *chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine. Recueillies et publiées sous ses yeux par M.* BEAUGRAND, *son élève interne.*

Il y a plusieurs espèces de luxations coxo-fémorales, et, comme nous le verrons plus loin, on peut en compter jusqu'à cinq. Il ne sera question ici que de la luxation en dehors et en haut, et de celle en arrière; un heureux hasard nous ayant permis d'en observer simultanément deux exemples fort curieux.

1.° *Luxation de la cuisse en haut et en dehors.*

Observation. — Le mercredi 16 juillet on reçut d'urgence dans mon service, le nommé Huet (Jules), marchand ambulant, âgé de 46 ans, d'une bonne constitution, se plaignant d'une douleur très-vive dans la hanche gauche, avec impossibilité de mouvoir le membre de ce côté et de s'en servir pour la marche. Interrogé par nous, le lendemain matin 17, sur les causes de son mal, il nous rendit compte des circonstances suivantes. Quelques heures avant son entrée à l'hôpital, il traînait une petite voiture à bras chargée de légumes, lorsque celle-ci ayant été

heurtée par une charrette fut renversée brusquement. Dans cette chute le brancard du côté gauche vint frapper avec force de dedans en dehors le genou correspondant, et porta le membre dans une adduction forcée. Huet fut jetté violemment à terre, et quand on le releva, les accidens ci-dessus mentionnés le décidèrent à se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis.

Voici maintenant l'état dans lequel il était lorsque nous l'examinâmes :

Coucher sur le côté droit; le membre inférieur de ce côté est légèrement fléchi pour offrir des points d'appui à celui du côté blessé. La cuisse gauche est fléchie sur le bassin, et la jambe l'est sur la cuisse. Le genou est porté en dedans ainsi que le pied. Mesurant comparativement les deux membres, nous trouvons à gauche un raccourcissement d'un pouce et quelques lignes. La fesse est tendue, saillante; son pli, en partie effacé, est remonté d'un pouce environ. Le grand trochanter se sent au-dessus du lieu qu'il occupe ordinairement. Il est aussi plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pour bien juger ces changemens de situation, il faut en même temps examiner l'état des parties sur la hanche saine. L'épaisseur des muscles fessiers ne permet pas de sentir la tête du fémur. Les mouvemens de flexion et ceux d'abduction sont presqu'impossibles. Le malade jette les hauts cris dès que le membre est porté dans ce sens. On peut, sans causer trop de douleur, ramener la jambe et la cuisse à une extension presque complète, et alors quelques tractions modérées étant exercées elles n'occasionnent pas de souffrances bien vives, mais ne changent en rien les rapports du grand trochanter; il reste toujours à la même hauteur. Tout mouvement, autre que celui par lequel la cuisse et la jambe étendues sont ramenées à une demi-flexion, est complètement impossible, et le membre tombe dans l'adduction et la rotation en dedans plutôt qu'il n'y est porté

par l'influence de la volonté. A ces symptômes ajoutons l'absence de toute crépitation, et nous aurons acquis la certitude qu'il s'agit, non pas d'une fracture du col du fémur, mais d'une luxation de la cuisse dans la fosse iliaque.

Le malade avait été saigné la veille au moment de son entrée : nous pûmes donc tenter sur-le-champ la réduction.

Huet fut couché sur une table recouverte d'un matelas, et adossée à un pilier, autour duquel on noua solidement un drap plié en cravate passant sous le périnée du blessé. Un second drap placé transversalement autour du bassin et fixé de la même manière servait à maintenir la partie inférieure du tronc. Cela fait, j'appliquai les deux chefs d'une alèze pliée comme les précédentes, l'un sur la partie interne, l'autre sur la partie externe de la jambe et de la cuisse, de manière que les extrémités aboutissent à la partie la plus élevée du membre. Ces chefs furent maintenus à l'aide d'une grande bande roulée à partir du pied, et s'étendant au-dessus du genou jusqu'au quart inférieur de la cuisse. Les bouts du drap dépassant ce point furent rabattus sur les parties inférieures et renfermés sous de nouveaux circulaires. Les points d'action du lacs extenseur se trouvaient de la sorte répartis sur la jambe, le genou et la partie inférieure de la cuisse.

Alors je fis pratiquer l'extension, non pas parallèlement à l'axe du corps, mais un peu obliquement en avant, tandis que je refoulais la tête du fémur dans le même sens, de manière à la rejeter dans sa cavité. Au bout d'un instant un *choc* se fit entendre. Les efforts d'extension aussitôt suspendus, nous examinâmes le membre, et nous reconnûmes qu'il avait repris ses rapports normaux. Les mouvemens, impossibles l'instant d'auparavant, s'accomplissaient alors sans douleur, mais seulement avec un peu de gêne et de raideur.

Huet reporté dans son lit, on plaça entre ses jambes un

coussin de balle d'avoine, et on les emmaillota avec une bande de cinq aunes. La journée se passa parfaitement, seulement le malade n'urina pas, et le lendemain matin on fut obligé d'avoir recours à la sonde pour débarrasser la vessie, malgré les lavemens émolliens et les bains de siége. Cette rétention persista pendant les trois jours suivans. Le 22, l'émission commença à se faire, mais goutte à goutte d'abord; bientôt le jet devient plus fort, et le mardi 23 tout était rentré dans l'état ordinaire. Vers les premiers jours d'août l'appareil fut enlevé, et le malade commença à marcher. Le 4 août, les forces étaient si bien recouvrées, qu'il put quitter l'hôpital, vingt jours après son accident.

La *cause* de cette espèce de luxation consiste dans l'adduction forcée du membre qui passe devant l'opposé en le croisant, et dans l'effort simultané du tronc pour se porter en bas, qu'il soit précipité par une chute ou par une violence quelconque.

Les auteurs, tout en convenant de la fréquence des luxations de la cuisse en haut et en dehors, ont beaucoup insisté sur les nombreuses raisons qui les portaient à penser qu'elles devaient être plus difficiles à produire que les autres. Ainsi ils ont fait remarquer, 1° la saillie considérable de la cavité cotyloïde en haut et en dehors; 2° la plus grande épaisseur en ce point du ligament orbiculaire; 3° la résistance opposée par le ligament rond qui, dans cette luxation, doit être rompu; 4° le peu détendue des mouvemens d'adduction dont l'exagération produit le déplacement; 5° la force et l'épaisseur des muscles fessiers qui couvrent la partie supérieure et externe de la cavité cotyloïde et doivent faire obstacle à la sortie de la tête du fémur dans ce sens. Mais il ne suffisait pas d'examiner la disposition anatomique des parties, il fallait rechercher comment elles étaient mises en jeu, et ce qui se passait dans l'articulation lors de l'inclinaison de la cuisse en dedans;

c'est ce que j'ai fait et voici ce que j'ai observé(1). Lorsque l'on porte fortement le fémur en dedans, la tête de cet os glisse de bas en haut dans la cavité cotyloïde en tournant autour d'une ligne qui la traverserait d'avant en arrière et un peu en bas. Par ce mouvement, la tête du fémur entraîne en haut l'extrémité supérieure du ligament inter-articulaire qui, retenu par en bas au bord même de la cavité cotyloïde, se tend bientôt et se redresse. Si le mouvement continue, elle repousse le fémur hors de sa cavité articulaire, à-peu-près par le même mécanisme qu'il en serait repoussé si l'on tendait, avec une force suffisante, une corde qui, fixée au bord de la cavité cotyloïde, la traverserait d'un côté à l'autre par le milieu de sa largeur..... Le fémur ainsi chassé de sa cavité, *le ligament inter articulaire et la partie supérieure de la capsule ligamenteuse coxo-fémorale sont obligés de soutenir le poids du corps, sans le secours tout puissant du rebord supérieur de la fosse cotyloïde*, et si alors l'action du poids du corps se trouve augmentée par la vitesse d'une chute, ces ligamens peuvent se rompre, et la luxation en haut et en dehors en être la suite immédiate. Si, à ces premières observations sur le mécanisme des luxations en haut et en dehors, vous ajoutez que les mouvemens d'adduction sont peu étendus, comparativement à ceux d'abduction, vous concevrez facilement qu'il doit se trouver plus de causes pour pousser la cuisse dans une adduction excessive, et dès-lors vous comprendrez pourquoi les luxations du fémur en haut et en dehors sont moins rares que celles qui se font en haut et en dedans. De ces considérations il résulte clairement que le rebord supérieur de la cavité cotyloïde ne saurait être un obstacle, puisque le moindre effort d'adduction fait sortir la tête du fémur hors de la cavité, et, chose remarquable, que le ligament rond, loin de s'opposer au déplacement, est, au contraire, l'agent qui le produit.

(1) Voyez ma *Physiologie*, T. I.er, p. 553.

Symptômes. La tête du fémur une fois sortie de sa cavité, est entraînée en haut et en dehors par l'action des muscles fessiers, et vient se placer à une hauteur plus ou moins considérable entre la fosse iliaque externe et ces masses charnues. Dans cette situation les muscles fessiers ont bien leurs attaches inférieures remontées, mais la tête du fémur qu'ils enveloppent les soulève et les distend, ce qui compense au moins en partie ce rapprochement de leur insertion. Il n'y donc pas relâchement proprement dit, comme l'avance Boyer (1); et, d'un autre côté, il n'y a pas non plus tiraillement, comme le veut Pouteau (2). Nous avons vu que chez notre malade le grand trochanter était tourné en avant et en dedans et la tête du fémur en arrière; de cette situation de l'extrémité supérieure du fémur, résulte une rotation générale du membre en dedans, c'est ce qui arrive toujours, et ce que les auteurs ont assez mal expliqué. Ainsi J. L. Petit prétend que cette position provient du relâchement des fessiers et de la contraction du triceps. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de ce relâchement des fessiers; quant au triceps, les anciens nommaient ainsi, non-pas le triférnoro-rotulien, mais les trois adducteurs; or ces muscles ne sont pour rien dans les mouvemens de rotation de la cuisse en dedans, ils ne peuvent produire que la rotation en dehors, et de plus, leur attache inférieure étant remontée et l'adduction en dedans persistant après la luxation, ils doivent être évidemment raccourcis et relâchés; car il faut à peine tenir compte ici de la quantité dont la ligne âpre s'est portée en dehors par suite de la rotation en dedans. M. Boyer convient qu'il est très-difficile de se rendre compte de cette situation, puisque les muscles rotateurs en dehors sont tendus et les rotateurs en dedans relâchés, et il cherche à résoudre la difficulté, en disant

---

(1) *Traité des Maladies chir.*, T.

(2) *Mélanges de chir.*, p. 244.

que la portion antérieure de la capsule articulaire qui n'a pas été rompue et qui, comme chacun sait, est très-résistante, retient en dedans le grand trochanter. Voici le véritable mécanisme de ce phénomène. La tête du fémur qui s'échappe par la partie supérieure et postérieure de sa cavité, glissant sur une surface osseuse inclinée en arrière et en dedans, suivra nécessairement la même direction. En outre, le grand trochanter se trouve placé entre deux puissances : l'une (ce sont les rotateurs en dehors) tend à l'entraîner en arrière; l'autre (ce sont les rotateurs en dedans) le tire dans le sens opposé. Or, pour qu'il obéît à la première il faudrait que les rotateurs en dedans fussent déchirés et rompus, ainsi que la portion restée intacte de la capsule fibreuse, et les rotateurs en dehors ne l'emportent pas assez sur leurs antagonistes pour produire une pareille violence. Il restera donc maintenu en avant, et l'axe du col du fémur sera parallèle à la direction de la fosse iliaque externe.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de cette luxation de la cuisse avec la fracture du col du fémur, on le trouve partout. Nous ferons seulement remarquer, relativement à la cause, que si le malade est tombé sur la hanche, accident qui détermine le plus souvent la fracture du col du fémur, cette chute a été le résultat d'une violente impulsion qui a porté la cuisse dans une adduction forcée; et, nous l'avons vu, l'effet de ce mouvement quand il est exagéré, c'est de produire la luxation en haut et en dehors.

Le malade qui fait le sujet de cette observation nous a présenté une particularité assez curieuse, je veux parler de la rétention des urines. Hippocrate (T. Ier *Lib. de Articulis. Ed. de Haller*, pag. 385) avait mentionné cet accident en parlant des luxations en avant. Voici ses expressions : « *Et urina imprimis supprimitur aliquanto magis quam in aliis luxationibus.* Il avait donc observé cette

rétention dans d'autres cas : tous les auteurs qui ont écrit depuis ont répété la même remarque, et ce n'est que dans ces derniers temps que les chirurgiens, entr'autres MM. Boyer et Sanson, l'ont revoquée en doute. Quant à nous, il nous suffira d'avoir constaté le fait sans chercher à l'expliquer. On voit du reste que ce phénomène s'est dissipé en quelques jours. Il ne doit donc inspirer aucune inquiétude.

La maladie *a marché*, comme cela a lieu dans toutes ces luxations réduites : la guérison a été parfaite en peu de jours.

Traitement.—D'après les procédés que nous avons mis en usage pour pratiquer l'extension chez ce malade, on reconnaît que nous n'avons pas suivi les préceptes donnés par les auteurs. Si nous consultons les ouvrages modernes et la pratique généralement suivie de nos jours, nous voyons que les Français recommandent d'appliquer le lacs extenseur autour des malléoles, tandis que les Anglais, suivant l'ancienne méthode, conseillent de l'attacher au-dessus du genou. Sur quelle raison est fondée cette divergence d'opinions ? L'application de la force extensive sur l'os luxé lui-même a été professée de toute antiquité, sauf pourtant quelques exceptions, comme nous le dirons bientôt. J. L. Petit (1) et Duverney (2) l'avaient adoptée, et donnaient pour raison qu'appliquée plus loin, une partie de la force est perdue dans l'articulation intermédiaire. Pott (3), dans ses *Remarques sur les luxations*, exagère encore cet inconvénient. Enfin tel était le procédé généralement suivi dans le siècle dernier, lorsque Dupouy, membre de l'Académie royale de chirurgie, lut dans le sein de cette Société célèbre plusieurs observations de luxations de la cuisse et du bras, dans lesquelles la réduction avait été obtenue avec une extrême

(1) *Traité des Mal. des os*, T. I.er, p. 32.
(2) *Ibid.*, T. II, p. 36.
(3) *Œuvres chir.*, T. II; p. 484.

facilité au moyen de l'extension pratiquée sur l'extrémité inférieure du membre qui s'articule avec l'os déplacé. Fabre (1) se déclara partisan de la méthode de Dupouy, et expliqua les succès obtenus par ce chirurgien, en disant que, lorsqu'on applique les puissances extensives sur le membre luxé, l'effort n'est pas immédiatement porté sur l'os, mais qu'il agit d'abord sur les muscles qui l'entourent sans s'attacher à lui; de là ressortait une remarque qui ne pouvait pas échapper au célèbre partisan de l'irritabilité; c'est que les muscles ainsi tiraillés devaient se contracter avec plus d'énergie et nuire ainsi à la réduction. Les fauteurs de la nouvelle méthode ont dit en outre qu'en attachant le lacs à l'extrémité inférieure du membre qui s'unit à l'os luxé, on agissait sur un bras de levier plus long: c'est une grave erreur; il n'y a point là de levier, mais seulement ce qu'en mécanique on appelle un *couple.* Ici deux forces, l'extension et la résistance des muscles attachés à l'extrémité de l'os, agissent en sens opposés aux deux extrémités d'une droite représentée par le membre à réduire et dans la direction de cette droite. Que les points d'application de ces forces soient rapprochés ou éloignés, leur action sera toujours la même; car, comme on le dit en statique, il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement; ce qu'il faut, c'est que l'extension soit plus forte que les puissances musculaires qui lui sont opposées; c'est là la seule condition nécessaire.

Comme cela arrive presque toujours, les partisans d'une méthode exagèrent et ses avantages et les inconvéniens de la méthode opposée (2). Ainsi on a eu raison de dire qu'en exerçant l'extension loin de l'os luxé, l'articulation intermédiaire devait être tiraillée; mais on a eu tort de prétendre que presque toute la force était employée à distendre ses ligamens; et, d'un autre côté, on n'a pas remarqué

(1) *Essais de Physiologie*, p. 238.

(2) Gerdy, *Bandages*, préface, page XI.

qu'en appliquant la force extensive au-dessus des condyles, le lacs ne portait que sur les portions tendineuses des muscles qui du bassin se rendent à la jambe, et dont la contraction ne saurait nuire aux efforts de réduction; mais l'effort est transmis presqu'immédiatement à l'os.

Si l'on eût consulté les auteurs de l'antiquité, on eût vu qu'ils suivaient une méthode plus simple. Ainsi Hippocrate (1) dit : « *Oportet non solum juxta pedem vincula alligata esse sed etiam super genu quo non magis circa articulum sit diligatio in extensione quam circa coxæ articulum.* » Paul d'Egine (2) répète le même précepte. Nous avons fait plus encore en fixant le drap depuis les malléoles jusqu'au-dessus du genou; nous avons appliqué à l'extension passagère pour la réduction, les préceptes posés par M. Boyer pour l'extension continue, et qui consistent à répartir les moyens d'action sur les plus larges surfaces possibles. Du reste, quant à la force elle-même, trois aides ont suffi, et la réduction a été obtenue en un instant, et avec une très-grande facilité.

2°. *Luxation en arrière, consécutive à une luxation en arrière et en haut.*

Nous allons actuellement passer à une observation curieuse sous plusieurs rapports, et surtout en ce qu'elle nous offre un exemple d'une lésion assez rare pour avoir été considérée comme imaginaire par beaucoup d'auteurs recommandables.

Bernard, âgé de 31 ans, carrier, doué d'une vigoureuse constitution, était occupé, le 27 juillet 1834, au matin, à travailler dans un cavage, lorsqu'une grosse pierre plate se détacha de la voûte, tomba de champ, le long de sa jambe gauche, et, se renversant sur lui, le heurta violemment à la partie externe du genou; le membre ayant été

(1) *Loc. cit.*, p. 397.

(2) *Traduct. de Dalechamps*, chap. CXVIII, p. 865.

fortement porté en dedans par ce choc, Bernard fut jeté à terre. Retiré immédiatement par ses camarades, il s'aperçoit que la cuisse du côté blessé est raccourcie et notablement inclinée vers l'autre. On le transporte aussitôt dans sa demeure, et on fait venir un médecin : celui-ci, reconnaissant une luxation, tente la réduction d'après les moyens ordinaires : un *craquement* et un changement dans la situation font croire que la tête de l'os est rentrée dans sa cavité. Cependant le malade souffre encore beaucoup dans la hanche ; il ne peut mouvoir son membre ; ces accidens sont attribués à la contusion, et il est conduit à l'hôpital Saint-Louis. *Vendredi,* 18 *juillet, à la visite.*—Bernard se présente à nous dans l'état suivant : il est couché sur le dos, mais un peu penché du côté droit : les deux cuisses à demi-fléchies sont rapprochées l'une de l'autre, de telle sorte que les genoux se touchent : toutefois on remarque que le genou gauche est porté en dedans, et que le bord interne de la rotule de ce côté appuie sur la partie latérale interne de l'articulation tibio-fémorale droite. Le pied ne participe pas à ce mouvement de rotation en dedans ; en effet la jambe, à partir du genou, s'éloigne à angle aigu de celle du côté opposé, et le pied repose sur son talon sans être incliné ni en dedans ni en dehors. Mesuré dans cette situation à l'aide d'un lien qui, de l'épine iliaque antérieure et supérieure, allait se rendre à la partie la plus saillante du condyle externe du fémur, la cuisse malade présenta sur celle du côté sain une diminution de longueur d'un pouce environ. Les deux membres étant étendus ou presque étendus, car cette situation est excessivement douloureuse pour le malade, le raccourcissement paraît beaucoup moindre ; il n'est alors que de quelques lignes. La fesse n'est pas beaucoup plus saillante que celle du côté opposé ; elle l'est cependant d'une manière appréciable ; mais les muscles ne sont pas dans ce degré de tension qui accompagne d'ordinaire la luxation en dehors et en haut. Le pli de la fesse est très-peu marqué ;

il est sensiblement remonté. Si l'on examine des deux côtés la situation du grand trochanter par rapport à l'épine iliaque antérieure et supérieure, on voit que du côté gauche il est plus haut et plus en arrière, mais de quatre à cinq lignes seulement. Chez une personne bien conformée, quand elle est debout, on observe en arrière du grand trochanter une fosse ovalaire dirigée verticalement, et dont on pourra voir la description dans mon *Anatomie des formes*, pag. 160. Quand la cuisse est fléchie, cette dépression s'efface par la tension de la peau de la fesse et le changement de situation du grand trochanter; mais en pressant avec les doigts là où elle existait, les tissus s'enfoncent avec facilité, et aucune éminence résistante ne vient se manifester sous les tégumens. Ici, au contraire, on sent une saillie osseuse arrondie dont le volume ne semble pas égal à celui de la tête du fémur; mais l'épaisseur des parties qui la séparent de la main ne permet de la circonscrire que dans une portion très-peu considérable de son étendue.

Les mouvemens communiqués aux membres, hors ceux d'une légère rotation en dedans et la flexion de la cuisse, sont excessivement douloureux; la jambe même ne peut être entièrement étendue. Lorsque, en faisant beaucoup souffrir le malade, on est parvenu à étendre le membre, il le ramène lui-même dans la flexion, et, lorsqu'il le veut, l'empêche de retomber dans la rotation en dedans, mais bientôt les parties reprennent la situation que nous avons décrite plus haut.

L'ensemble des circonstances commémoratives et des symptômes observés, l'absence de toute crépitation, excluaient l'idée d'une fracture du col du fémur; on avait donc affaire à une luxation, et, comme l'indiquait la position des parties, à une luxation dans l'échancrure sacro-sciatique.

Restait une autre question à examiner : le déplacement était-il primitif, comme A. Cooper et Billard en ont donné

des exemples authentiques, ou bien était-il consécutif, comme le veulent quelques chirurgiens, Boyer, Richerand, etc.), mais sans apporter à l'appui de leur opinion d'autres preuves que des raisonnemens. Je crois que l'histoire de notre malade vient parfaitement confirmer cette seconde manière de voir, et lui donner, ce qui lui avait manqué jusqu'à ce jour, l'autorité d'un fait. Examinons ce qui s'est passé chez Bernard : la cuisse gauche est portée dans une *forte adduction*, aussitôt *raccourcissement et rotation du membre en dedans*. Un médecin diagnostique une luxation, fait exercer par des personnes inexpérimentées (les camarades du blessé) des tractions sur la jambe; un craquement se fait entendre, et le membre a repris presque complètement sa longueur naturelle, mais il y a encore de la douleur et une impossibilité presque absolue d'exécuter certains mouvemens. N'est-il pas très-probable, 1° qu'une luxation en dehors et en haut, c'est-à-dire dans la fosse iliaque externe, s'est effectuée lors de l'accident; 2° que des tractions violentes ont entraîné en bas la tête du fémur, et que celle-ci, glissant sur le plan incliné situé derrière la cavité cotyloïde, sera venue se placer dans l'échancrure sacro-sciatique?

Une saignée de trois palettes et un bain sont ordonnés dans le but d'affaiblir le malade; le soir, vers les cinq heures, on procède à la réduction.

Le malade est couché sur le côté droit, sur une table couverte d'un matelas : une alèze pliée en forme de cravate embrasse transversalement le bassin par une anse dont la partie moyenne porte sur l'espace compris entre les deux épines iliaques, et dont les chefs vont s'attacher à un pilier situé à côté de la table et derrière le patient : une seconde alèze est placée comme la précédente, mais les bouts sont dirigés en bas et confiés à un aide qui doit maintenir le bassin immobile pendant les manœuvres de l'extension. Prenant un troisième drap, j'en appli-

que les chefs le long de la face interne et de la face externe de la cuisse, de sorte que les extrémités aboutissent, l'une au niveau du grand trochanter, l'autre jusqu'au périnée : ces chefs sont assujétis autour de la *moitié inférieure* de la cuisse par un bandage roulé bien serré, commençant au-dessus du genou; les extrémités du drap qui s'étendent, comme nous l'avons dit, jusqu'à la partie supérieure du membre, sont rabattues sur les circulaires, et fixées à l'aide de nouveaux tours de bande. La partie moyenne de l'alèze forme ainsi au-dessous du genou une anse, sur laquelle les aides doivent tirer pour pratiquer l'extension. Tout étant disposé de la sorte, je me plaçai à genoux sur le lit, afin de diriger les efforts et de favoriser la réduction en agissant sur la tête du fémur pour la refouler dans sa cavité. Les tractions furent exercées modérément et graduellement par trois aides, non pas dans la direction du déplacement, mais presque perpendiculairement à l'axe du corps; bientôt un craquement se fait entendre, on cesse les efforts, et le membre est examiné de nouveau. On voit alors que la tête du fémur s'est rapprochée de la cavité, mais qu'elle n'y est pas encore rentrée; on la sent plus distinctement derrière le grand trochanter; les mouvemens sont encore très-douloureux; de nouvelles tentatives dirigées de la même manière amènent promptement et avec très-peu d'efforts un heureux résultat : un *choc* cette fois est parfaitement entendu, et les manœuvres, cessées sur le-champ, permettent d'examiner le membre qui présente alors toutes les conditions d'une situation normale.

Le malade est recouché, les jambes sont maintenues comme chez notre premier malade. Au bout de neuf jours les mouvemens s'exécutent avec facilité; il peut se lever et marcher soutenu sur une béquille; enfin, le 5 août il sort parfaitement guéri.

On sait que, depuis J.-L. Petit, un assez grand nombre d'auteurs ont nié l'existence de la *luxation en arrière*, et

ici, se présente une question assez importante à examiner, c'est de savoir si les chirurgiens qui ont traité ce sujet ont bien tous entendu la même chose dans la description qu'ils ont donnée?

Hippocrate (1), qui en parle longuement, donne pour signes principaux : 1° la flexion extrême de la cuisse et de la jambe, avec impossibilité presque absolue de les étendre, surtout si la lésion est récente; 2° le raccourcissement du membre, et cela, dit-il, pour deux causes, « *et quod non extenditur, et quod ad natum carnem elapsum est;* » 3° la saillie que fait la tête du fémur à la partie postérieure des fesses. D'après des symptômes si clairement indiqués et ses deux mots sur le sens du déplacement, on voit qu'Hippocrate voulait parler de cette luxation en arrière dans laquelle la tête du fémur est portée sur le bord de l'échancrure sacro-sciatique : l'identité de ces détails avec les observations de sir A. Cooper, Billard et la nôtre, ne peuvent laisser le moindre doute à cet égard. Celse, Galien, Paul d'Egine, les Arabes, les auteurs du moyen âge, tous ont tracé une description calquée sur celle du père de la médecine, et en parlent comme d'une luxation rare, mais possible.

A. Paré (2), tout en disant que l'épaisseur du sourcil cotyloïdien en arrière doit rendre le déplacement difficile en ce sens, l'admet cependant, et lui assigne les mêmes caractères que les autres écrivains. Il faut arriver à J.-L. Petit pour trouver une dissidence marquée entre ce chirurgien et ceux qui l'ont précédé; il nie formellement (3) la possibilité de la luxation en arrière, et n'en donne même pas les symptômes. Duverney, qui écrivit peu de temps après Petit, croit à l'existence de cette lésion (4); mais, d'après quel-

---

(1) *Lib. de articulis*, T. I.er, p. 381, édit. de Haller

(2) Livre XVI, p. 595, édit. 1628.

(3) *Maladies des os*, t. I.er, p. 220.

(4) *Maladies des os*, T. II, p. 236.

ques expressions assez vagues, « la tête du fémur se porte sur la *paroi de la tubérosité de l'ischion* » et, d'après les signes qu'il donne : un peu d'*alongement* quand le malade est couché, il semblerait que cet auteur a voulu parler de la *luxation en arrière et en bas*, qui n'est pas celle dont les anciens nous ont transmis la description. Après Duverney, B. Bell est, je crois, le premier qui ait désigné d'une manière précise (1) ces luxations en bas, quand il dit : « *Je pourrais y joindre* (aux quatre espèces des auteurs) *la luxation directement en bas.* » Quelques lignes plus loin, il avoue ne l'avoir jamais observée ; il croit seulement qu'elle pourrait se rencontrer. Quant à la luxation en arrière, il la regarde comme fort rare ; il pense que si elle avait lieu, elle aurait pour caractère l'alongement du membre : du reste, il n'a jamais vu que le déplacement sur le trou ovalaire. Remarquons en passant que ce chirurgien a été long-temps sans croire aux luxations de la cuisse (2), et l'on sait, d'après A. Cooper (3), qui le tenait de Cline, que S. Sharp n'a jamais voulu en admettre l'existence.

Arrivons à notre époque : Boyer, dont l'autorité est d'un si grand poids pour tout ce qui touche aux maladies des os, ne pensait pas que cette luxation fût possible primitivement ; il se fondait (4) sur la disposition anatomique du bourrelet cotyloïdien déjà mentionnée par A. Paré, et l'impossibilité d'une flexion de la cuisse assez considérable pour produire ce déplacement. Suivant lui, on ne pouvait le rencontrer que succédant à une luxation en dehors et en haut, dans laquelle la cuisse déplacée serait, par une cause quelconque, fléchie et portée en dedans. Sa description diffère aussi de celle d'Hippocrate et des auteurs qui l'ont suivie. En

---

(1) *Cours de chir.*, T. VI, p. 147.
(2) *Id.*, p. 146.
(3) *OEuvres chir.*, T. II, p. 96.
(4) Tome IV, chap. XII.

effet, il considère (1) comme symptôme l'alongement du membre; plus tard, il revient sur cette assertion. Je lis dans son *Traité des maladies chirurgicales* (2), « que, si cette luxation se rencontrait, la cuisse serait *plus courte*, *plus longue*, ou de même longueur que l'autre, suivant que la tête du fémur serait au-dessus, au-dessous ou au niveau de la cavité cotyloïde. » M. Richerand (3) partage complètement les opinions de M. Boyer.

A sir A. Cooper appartient donc, parmi les modernes, l'honneur d'avoir mis hors de doute la possibilité d'un déplacement en arrière. Dans un premier mémoire (4) sur les luxations en général et sur celle de la cuisse en particulier, il donne l'histoire de la luxation en arrière, spécifie parfaitement son siége qu'il fixe dans l'échancrure sacro-sciatique, et lui reconnaît pour symptômes ceux que décrivaient les anciens. Dans un second mémoire (5), il cite plusieurs observations fort curieuses de cette lésion, et qui viennent confirmer tout ce qu'il avait avancé précédemment. Depuis, Billard, en France, inséra dans les *Archives* (6), un fait absolument semblable à ceux mentionnés par Cooper, mais dont il semble n'avoir pas eu connaissance. Dans tous ces cas la luxation fut primitive, et dans les cas où la cause est indiquée, on voit qu'elle a agi en fléchissant brusquement la cuisse sur le tronc, en même temps que le membre était porté dans l'adduction. Ainsi (7), c'est un homme pesamment chargé qui, ayant mis son pied dans un creux, eut le genou porté en dedans, tandis que le corps tomba

(1) Art. *Fémur*, *Dict. des Sc. médicales*.
(2) Tome IV, chap. XII.
(3) *Nosographie*.
(4) *OEuvres chirurg. de A. Cooper et B. Travers*, T. 1.er, p. 58.
(5) *Id.*, T. II.
(6) *Archives*, T. III, an 1823, p. 539.
(7) *OEuvres chirurg. de Cooper et Travers*, T. II, p. 108.

avec violence en avant. Ailleurs (1), c'est un cavalier dont le cheval se renverse, et qui a la jambe prise sous sa monture, tandis que le reste du corps était retenu par un tertre, etc., etc.

A côté de l'observation de Billard s'en trouve une fort curieuse de luxation directement en bas, recueillie par M. Ollivier, et la seule, à ma connaissance, que la chirurgie possède jusqu'à ce jour. Quant à la luxation directement en arrière, dont parle M. Sanson (2) et dont l'histoire aurait été, suivant lui, éclairée par MM. A. Cooper et B. Travers, il y a, ce me semble, erreur de la part de l'écrivain français. Sir A. Cooper n'a observé de luxations que dans l'échancrure sacro-sciatique, et il fait remarquer fort judicieusement que sur le squelette, cette échancrure étant un peu au-dessus de la cavité cotyloïde, le déplacement qui s'y produit, doit être nommé *en arrière et en haut* et non *en arrière et en bas*, comme le veulent beaucoup de pathologistes, (Petit, Boyer, Richerand, etc.). Ces détails historiques, peut-être un peu longs, m'ont paru indispensables pour bien déterminer ce que l'on devait entendre par les mots *luxation en arrière* des anciens, et *luxation en arrière et en bas* des modernes qui s'appliquent à la même maladie.

Quels sont les rapports contractés par la tête du fémur dans sa nouvelle situation ? Sir A. Cooper (3) les établit ainsi d'après une autopsie qu'il eut occasion de faire. Le ligament capsulaire était rompu dans sa partie antérieure et postérieure, le ligament rond était rompu aussi. La tête du fémur reposait sur le muscle pyramidal, sur le bord de l'échancrure sacro-sciatique, par dessus le ligament de ce nom. Le grand trochanter était plutôt derrière que devant la cavité cotyloïde.

(1) *Id.*, p. 113.
(2) *Dict. en 15 vol.*, art. *Luxation*, T. XI.
(3) *OEuvres chir.*, T. I.er, p. 60.

Dans le cas rapporté par Billard, les désordres étaient beaucoup plus graves : ainsi, outre une contusion excessive, la tête du fémur était passée sous le tendon du pyramidal qu'elle avait soulevé et qui croisait le col; plusieurs muscles voisins étaient déchirés; mais il faut dire que le sujet était tombé le long d'un rocher d'une hauteur de cent-vingt pieds.

Passons actuellement à l'examen des symptômes présentés par ce malade : trois méritent de fixer notre attention, la *rotation* du membre *en dedans*, la *flexion* de la cuisse et de la jambe, et le *racourcissement*.

1° Les auteurs qui ont décrit cette luxation sans l'avoir vue, ont prétendu que la cuisse devait être fortement portée en dedans. Or, chez Bernard et chez ceux dont l'histoire a été publiée par M. Atsley Cooper, cela n'avait pas lieu. En effet, la tête du fémur étant logée dans une fosse assez profonde derrière la cavité cotyloïde, le grand trochanter est moins incliné en avant que dans la luxation en dehors et en haut, sans que toutefois le col soit perpendiculaire à l'os des îles. Il est en même temps peu éloigné de sa situation ordinaire, et dès-lors le faisceau antérieur du ligament capsulaire n'est pas tiraillé comme dans la luxation que nous venons d'indiquer; enfin, le petit trochanter étant tourné un peu en arrière et porté dans le même sens, les muscles psoas, iliaque et pectiné, sont tendus, et par leur action diminuent l'effet des puissances qui tendraient à porter le membre dans la rotation en dedans.

2° La cuisse était fléchie assez fortement sur le bassin, et cela pour différentes raisons : D'abord dans toute luxation l'inclinaison du membre doit avoir lieu du côté opposé à celui où s'est porté la tête de l'os, parce qu'alors les muscles auteurs de cette inclinaison agissent moins obliquement, et ici, ce sont surtout le triceps et le droit antérieur. De plus, comme nous venons de le dire, les psoas,

iliaque et pectiné, muscles fléchisseurs, ayant leurs attaches éloignées, doivent agir nécessairement. Quant à la flexion de la jambe, elle est causée par les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps alongés par la flexion même de la cuisse. Ce n'est d'ailleurs qu'avec douleur pour le malade qu'on peut parvenir à étendre la jambe.

3° Si l'on se rappelle ce que nous avons dit de l'observation de Cooper sur la situation de l'échancrure sacro-sciatique par rapport à la cavité cotyloïde, on comprendra pourquoi il y a un peu de racourcissement au lieu de l'alongement mentionné par les auteurs modernes. Un fait nous a paru assez singulier, au premier aspect, chez notre malade; le membre mesuré lors de la flexion, paraissait raccourci de plus d'un pouce; placé dans le degré d'extension que l'on pouvait obtenir, on trouvait à peine un demi-pouce de diminution. Nous mesurions à partir de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; or, la tête du fémur est dans cette luxation et, par suite de la flexion de lacuisse, plus reculée et plus haute que cette éminence; on doit donc trouver une diminution de longueur qui n'est qu'apparente et qui cesse quand le membre est étendu.

Pronostic. Le danger, dans cette affection, varie suivant le degré de violence de la cause qui y a donné lieu. Ainsi, le sujet de Billard, ayant fait une chute terrible, mourut sur-le-champ, et l'auteur prend occasion de ce fait pour avancer (1) que cette luxation est très-grave, s'accompagne de désordres extrêmes, de ruptures musculaires, d'épanchemens sanguins, etc. Billard s'est trop hâté de conclure, et les observations de sir A. Cooper démontrent surabondamment ce que l'on aurait pu prévoir *à priori*, c'est-à-dire que, quand la cause n'agit pas avec trop d'énergie, le déplacement n'est pas compliqué d'accidens plus formidables que dans les autres luxations de la cuisse.

---

(1) *Archives*, T. III, ann. 1823, p. 543.

Traitement. Dans les réflexions qui accompagnaient notre première observation, nous avions dit que les forces extensives devaient être appliquées sur les plus larges surfaces possibles, et nous avions mis ce précepte en usage, en répartissant les puissances de l'extension depuis le pied jusqu'au-dessus du genou; ici nous avons agi sur la partie inférieure seule de l'os luxé. Est-ce par oubli du précepte posé par nous? Non, mais, on le sait, dans la pratique on doit être esclave des indications individuelles ou spéciales; or, pour que l'extension puisse être appliquée depuis les malléoles jusqu'au-dessus des condyles, il faut que la jambe puisse être étendue sur la cuisse. Nous avons vu plus haut que cela était très-douloureux pour le malade, et nous en avons trouvé la cause dans l'alongement qu'éprouvent les fléchisseurs de la jambe lorsque la cuisse est forcément placée dans la position fléchie. C'est d'ailleurs ce que chacun peut éprouver sur soi-même en essayant d'étendre la jambe sur la cuisse, celle-ci étant préalablement rapprochée du tronc en avant. Ce fait digne de remarque était bien connu d'Hippocrate, lorsqu'il dit en parlant des personnes atteintes d'une luxation en arrière : « *Hi crus extendere non possunt neque juxta articulum elapsum neque ita valde circa poplitem... Illud tamen super intelligere oportet; est enim commodum et magni faciendum et plerisque ignoratum, quod neque sani articulum circa poplitem extendere non possunt, si non simul extendant circa ingues* (1)..... »

Ainsi, règle générale, toutes les fois que la jambe ne pourra être étendue sur la cuisse luxée, appliquez l'extension sur l'os luxé lui-même. Néanmoins si la réduction exigeait trop d'efforts, on se servirait avec avantage du membre inférieur fléchi comme d'un levier coudé, comme cela se pratique sur l'avant-bras dans la réduction des fractures de l'humérus.

---

(1) *Lib. de Artic.*, T. I.er, p. 381, éd. de Haller.

Dans quelle direction les tractions doivent-elles être exercées ? Les auteurs disent de tirer dans le sens du déplacement, et de faire parcourir à la tête de l'os un chemin opposé à celui qu'il a dû suivre pour s'éloigner de sa cavité; on pourrait peut-être plus exactement formuler les préceptes de réduction, en disant que les efforts doivent être dirigés de manière que la tête de l'os suive précisément la direction d'une ligne qui passerait par le centre de la cavité de réception. Ainsi, chez notre malade, nous avons fait tirer presque perpendiculairement à l'axe du corps, et nous avons vu la tête du fémur située en arrière et un peu au-dessus de la cavité cotyloïde, venir s'y jeter d'elle-même : il n'a pas été besoin, comme le conseille A. Cooper, de passer une serviette sous l'extrémité déplacée pour la soulever et favoriser son retour; quelques pressions d'arrière en avant sur le grand trochanter ont suffi pour obtenir ce résultat.

Résumé. — I° Nous ne reconnaissons que cinq espèces de luxations de la cuisse, pour lesquelles nous proposons les dénominations suivantes : 1° luxation en dehors et en haut, luxation *iliaque;* 2° luxation en avant et en haut, ou luxation *sus-pubienne;* 3° luxation en avant et en bas, luxation *sous-pubienne;* 4° luxation en arrière, luxation *sacro-sciatique;* 5° luxation directement en bas, luxation *ischiatique.*

II° La luxation sacro-sciatique est primitive ou consécutive.

III° Elle est caractérisée, 1° par une faible rotation du membre en dedans; 2° par la flexion de la jambe et de la cuisse; 3° par un raccourcissement de quelques lignes.

IV° Dans l'application des forces extensives, il faut avoir égard à la possibilité de fléchir le membre qui s'articule inférieurement avec celui qui est déplacé.

V° Les efforts de réduction doivent avoir pour but de

faire suivre exactement à la tête de l'os la direction d'une ligne passant par le centre de la cavité de réception.

Observations et recherches médico-légales relatives à un empoisonnement par le sublimé corrosif; par le docteur Ollivier *(d'Angers)*, *et* Barruel, *chef des travaux chimiques de la Faculté de Médecine de Paris.*

Les trois enfans de la dame Nelissen étaient convalescens depuis quelques jours de la rougeole dont ils avaient été affectés simultanément, quand le médecin qui leur donnait des soins prescrivit un demi-gros de proto-chlorure de mercure (calomélas), divisé en paquets de six grains, qui devaient leur être administrés de la manière suivante : L'aînée, âgée de sept ans et demi, dut prendre dix-huit grains en trois paquets ; le cadet, âgé de trois ans et demi, douze grains en deux paquets, et le plus jeune, âgé de deux ans environ, six grains environ, ou un paquet.

Le 20 août dernier, la mère administra à chacun d'eux les doses prescrites, en délayant avec un peu d'eau, dans une cuiller d'étain, le médicament qui était mêlé à du sucre en poudre. La jeune Nelissen, l'aînée, qui n'avait d'abord pris que la moitié de la dose, se plaignit à l'instant même de la saveur extrêmement désagréable de la *médecine*, et vomit à plusieurs reprises; mais sa mère, qui n'envisagea le dégoût manifesté par l'enfant que comme un effet de la répugnance naturelle à cet âge pour tout ce qui est médicament, lui donna immédiatement le reste de la dose. Les vomissemens redoublèrent, bientôt accompagnés de mouvemens convulsifs et d'évacuations alvines. La matière des vomissemens, qui n'a pas été conservée, était mêlée de sang. Comme les accidens augmentaient d'intensité au lieu de diminuer, on courut en toute hâte chez le pharmacien qui fit prendre à l'enfant du lait et des

blancs-d'œuf battus dans l'eau. Deux heures s'étaient déjà écoulées depuis l'administration du médicament, quand on commença à faire prendre ces boissons dont elle ne but qu'une petite quantité; insensiblement les cris et les vomissemens s'éloignèrent, un affaiblissement général, qu'interrompait de temps en temps quelques contractions convulsives, se manifesta, et la jeune Nelissen expira *trois heures* après l'ingestion de la poudre dite purgative.

Ses jeunes frères avaient pris en même temps qu'elle la dose qui leur avait été prescrite. Le cadet avait eu aussitôt des vomissemens sanguinolens, répétés et abondans, suivis de quelques selles, puis d'une tendance à l'assoupissement, interrompue par intervalles par des coliques et des évacuations. Le plus jeune, qui n'avait pris qu'une dose de six grains, eut de même quelques vomissemens sanguinolens et quelques garde-robes : il tomba ensuite dans un état d'engourdissement et de torpeur qui se termina par la mort au bout de *onze* heures.

En voyant des accidens si graves se développer en même temps chez ces trois enfans, peu de temps après l'administration du médicament prescrit, et en remarquant que la cuiller d'étain qui avait servi à délayer la dose que chacun d'eux avait avalée, était devenue d'un brun-noirâtre, la malheureuse mère pensa aussitôt qu'une méprise funeste avait été commise chez le pharmacien, et que peut-être elle venait d'empoisonner ses enfans. Ses craintes n'étaient que trop fondées : l'élève en pharmacie, par une inadvertance qu'on ne peut concevoir (car l'ordonnance du médecin était écrite de manière à ne permettre aucune équivoque), avait donné du sublimé corrosif pour du calomélas. Ainsi que nous l'avons déjà dit, deux heures s'étaient écoulées depuis l'ingestion du sublimé, quand on commença à faire boire aux deux premiers enfans du lait et de l'albumine mêlée à l'eau. Le plus jeune refusa jusqu'à la fin toute espèce de liquide.

Le cadet, qui avait pris douze grains de sublimé, après avoir eu d'abord des vomissemens très-abondans, et plus tard des déjections alvines, ne cessa d'éprouver des nausées pendant la journée, mais sans vomissemens. Quand nous le vîmes le lendemain de l'empoisonnement, il était assez calme, sans fièvre; ces différens symptômes étaient disparus. Les boissons étaient prises sans réveiller les vomissemens. Les déjections étaient rares. Plusieurs jours se passèrent ainsi, et chaque heure ajoutait quelque chose à l'espoir des malheureux parens : on commençait même à lui donner à manger. Mais les selles devinrent insensiblement plus fréquentes, accompagnées de sensibilité du ventre avec météorisme, langue sèche, pouls fébrile, etc. Ces symptômes d'une gastro-entérite aiguë s'aggravèrent progressivement, et l'enfant succomba le 12 septembre dernier, *vingt-trois jours* après l'empoisonnement. Malgré toutes mes démarches, je n'ai pu faire l'ouverture du cadavre, l'instruction de l'affaire étant alors terminée.

Le 21 août, lendemain de l'empoisonnement, je fus chargé par M. le procureur du roi, conjointement avec M. le docteur Cousin, de procéder à l'autopsie des deux enfans décédés. Je vais retracer ici les remarques que nous avons faites sur l'un et l'autre cadavres. Il était alors deux heures de l'après-midi. Ainsi, vingt-cinq heures s'étaient écoulées depuis la mort de la jeune Nelissen, l'aînée, et dix-huit heures depuis celle de son plus jeune frère.

Nulle rigidité cadavérique, flaccidité des membres, ventre énormément tuméfié, météorisé. Lividités cadavériques peu prononcées à la face postérieure du tronc. La membrane muqueuse de la cavité buccale était, non pas matte et décolorée, mais bien d'un blanc grisâtre, d'un aspect tout-à-fait semblable à celui qui résulte du contact prolongé des membranes de cette espèce avec une dissolution de sublimé : seulement son tissu n'était pas racorni; la langue

offrait par plaques le même aspect. L'épithélium de l'œsophage s'enlevait facilement et par lambeaux roulés sur eux-mêmes. Cette disposition était beaucoup moins prononcée sur le cadavre du jeune Nelissen. Quoique l'estomac ait été lié à ses deux extrémités, ainsi que l'intestin, et que nous les ayons enlevés sur les deux cadavres, je vais continuer ici la description du canal alimentaire de l'un et de l'autre.

Chez la jeune Nelissen, la membrane muqueuse de l'estomac était rosée, sans injection capilliforme bien prononcée dans les deux tiers de son étendue, et n'offrait ainsi aucune altération appréciable dans sa consistance normale. Mais dans le tiers inférieur de l'estomac, depuis le pylore jusqu'à la moitié supérieure du grand cul-de-sac, cette même membrane avait une couleur bistre foncée. Cette teinte n'était pas uniformément étendue sur tous les points de la membrane muqueuse : en étalant cette dernière, on voyait qu'elle était ainsi colorée par bandes longitudinales et par plaques de forme irrégulièrement arrondie. Dans tous les points qui offraient cette coloration, la membrane muqueuse était très-friable; elle se détachait par lambeaux cassans quand on la grattait avec l'ongle : elle n'était pas, à proprement parler, ramollie. L'estomac du jeune Nelissen présentait les mêmes particularités; seulement cette altération de la membrane muqueuse n'existait pas dans une aussi large étendue. Celle qui tapisse la cavité de l'intestin était uniformément rosée, accompagnée d'une injection ramiforme très-prononcée dans le tiers supérieur environ de l'intestin grêle, chez la jeune Nelissen. La membrane muqueuse de l'intestin de son frère n'était pas aussi injectée, elle était à peine colorée; des mucosités la tapissaient. Sa consistance était normale. L'estomac de la jeune Nelissen contenait un liquide pulpeux, d'un brun rosé, et l'intestin jéjunum, une certaine quantité d'une matière blanchâtre, grumeleuse. Le liquide contenu

dans l'estomac du jeune Nelissen, était moins brun et en plus petite quantité que celui de l'estomac de sa sœur; ses intestins ne contenaient rien autre chose que des mucosités. Nous reviendrons tout-à-l'heure avec plus de détail sur ces diverses matières, en parlant de l'analyse chimique.

En examinant attentivement la face interne du ventricule gauche du cœur de la jeune Nelissen, nous avons remarqué deux taches comme ecchymosées, au-dessous de sa membrane interne, qui était pâle, blanchâtre. L'une d'elles, plus large, était située à la base d'une colonne charnue, et en incisant avec précaution la membrane interne du cœur, nous avons pu constater qu'il y avait un peu de sang extravasé immédiatement au-dessous d'elle, et non dans l'épaisseur des fibres charnues. Deux ecchymoses très-petites et moins prononcées existaient aussi sous la membrane interne du ventricule gauche du jeune Nelissen, laquelle était également blanchâtre dans toute son étendue. La présence de semblables ecchymoses a été signalée par M. Orfila dans quelques-unes des expériences qu'il a faites avec le sublimé corrosif sur les animaux vivans. (*Toxicologie générale*, etc., T. I.er, p. 26 et suiv.)

Tous les autres organes des deux cadavres n'ont offert rien de particulier à noter sous le rapport de l'empoisonnement. M. Barruel nous ayant été adjoint pour procéder à l'analyse chimique des matières liquides et solides trouvées dans l'estomac et l'intestin de l'un et l'autre enfans, ainsi qu'à celle de la matière qui noircissait la cuiller d'étain employée à l'administration du poison, nous allons rapporter ici le détail de ces expériences.

Après avoir extrait de chaque cadavre l'estomac et l'intestin préalablement liés à leurs extrémités, nous les avions déposés dans deux bocaux qui avaient été fermés et scellés par M. le commissaire de police. L'un, portant le n.° 1, contenait les organes de la jeune Nelissen; le bocal n.° 2 renfermait ceux de son jeune frère.

Examen du contenu du bocal n.° 1. —La cavité de l'estomac renfermait un liquide pulpeux, d'un brun rosé, d'une odeur de lait aigri. Les intestins grêles contenaient une notable quantité de matière caillebotée, d'un blanc mat, ayant l'apparence de fromage blanc ou de blanc-d'œuf durci; mais au toucher, la mollesse de cette matière nous a fait pressentir que ce devait être de la matière caséeuse coagulée. Cette matière a été mise à part.

La membrane muqueuse de l'intestin était uniformément rosée, nullement friable, comme l'était celle de l'estomac dans sa partie colorée, et enduite de mucosités abondantes jaunâtres, surtout vers la fin de l'intestin grêle. Ces mucosités ont été réunies avec les matières liquides extraites de l'estomac, et ces organes ont été lavés soigneusement avec de l'eau distillée jusqu'à ce que celle-ci n'en détachât plus rien; puis on a étendu ces organes sur une planche inclinée, afin de les laisser complètement égoutter. Quand ils ont commencé à se dessécher, leur surface interne présentait çà et là un aspect mat, comme si elle eût été imprégnée d'une dissolution métallique qui se serait combinée avec elle. Les taches brunâtres avaient conservé leur premier aspect. Nous examinerons ultérieurement cette matière animale, celle-ci pouvant être conservée sans inconvénient.

Les liquides extraits de l'estomac et de l'intestin, ainsi que les eaux de lavage, ont été réunis et versés sur un filtre de papier Joseph, préalablement purifié de toute matière soluble. Pendant que la filtration s'opérait, nous avons procédé à *l'examen des matières contenues dans le bocal n.° 2.*

La cavité de l'estomac contenait un liquide pulpeux, moins brun que celui déjà signalé, plus rosé que ce dernier, sans odeur de lait aigri, et en petite quantité. Les intestins grêles étaient moins injectés que les précédens; leur membrane muqueuse était à peine colorée. Des mucosités abon-

dantes enduisaient leurs parois. Leur cavité ne renfermait pas de matière blanchâtre, caillebotée.

Toutes les matières contenues dans ces organes ont été recueillies avec soin, et les intestins ont été lavés à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, de manière à en détacher toutes les matières qui y adhéraient. L'estomac a ensuite été étalé sur une planche, où on l'a laissé égoutter, et dans cet état la membrane muqueuse a pris un aspect blanchâtre et mat, assez semblable à celui déjà indiqué, mais moins marqué. Ces parties ainsi demi-séchées ont été conservées pour être soumises à un examen qui sera détaillé plus loin. Les matières contenues dans l'estomac et les intestins, réunies aux eaux de lavage de ces organes, ont été à leur tour versées sur un filtre de papier Joseph, préalablement purifié de toute matière soluble.

Le liquide du bocal N.° 1, provenant de la filtration, était limpide, de couleur jaune. Une portion de cette liqueur a été traitée par une dissolution concentrée d'acide hydro-sulfurique qui n'y a déterminé aucun changement de couleur, aucun précipité. Cette expérience nous démontrait que, si la mort de l'enfant avait été occasionnée par un sel métallique vénéneux, celui-ci n'était point en dissolution dans le liquide, et que, s'il n'avait pas été complètement rejetté par les vomissemens, nous devions le retrouver dans les parties solides ou dans les mucosités restées sur le filtre. En conséquence, ce dernier fut conservé, et mis à sécher avec les matières qu'il renfermait.

Les recherches faites sur le liquide du bocal N° 2, fournirent le même résultat, et l'on conserva de même le filtre et ce qu'il contenait.

Examen de la cuiller d'étain qui a servi à administrer le sublimé corrosif.

Tout l'intérieur de cette cuiller était tapissé d'une couleur brune bleuâtre; lorsqu'on la touchait avec le bout du

doigt, celui-ci était taché de la même manière, ce qui indiquait qu'il y avait peu d'adhérence entre la matière qui la colorait et le métal. Après avoir rempli d'eau distillée un verre à expérience, nous y avons plongé la cuiller de manière à ce qu'elle fût entièrement recouverte par le liquide. On l'y a laissé plongée sans agiter la cuiller. Bientôt on a observé qu'il s'en détachait une matière pulvérulente, de couleur ardoisée, qui se déposait au fond du vase. On a abandonné l'opération à elle-même jusqu'à ce qu'on ne vit plus rien se détacher de la cuiller.

Le liquide dans lequel on avait laissé plongé la cuiller, était limpide et avait une couleur légèrement ambrée. Le sédiment, brun-ardoisé, qui s'était déposé au fond du verre, était assez abondant, il formait une couche d'un millimètre d'épaisseur environ, et cette précipitation démontrait que cette matière n'était pas soluble dans l'eau.

A l'aide d'une pipette on a decanté le liquide qui surnageait le précipité aussi exactement que possible, et on a versé celui-ci sur un verre de montre, et on l'a fait dessécher dans le vide. La liqueur décantée était parfaitement limpide; elle avait une saveur métallique très-prononcée : traitée par l'acide hydro-sulfurique, elle a donné un précipité jaune-sale, insoluble dans quelques gouttes d'ammoniaque.

Cette expérience, ainsi que la couleur qu'avait la cuiller avant son immersion dans l'eau distillée, et l'insolubilité de la matière qui s'était déposée au fond du verre, étaient pour nous autant de preuves que la matière qui a été délayée pour être administrée aux enfans, avait été décomposée par le métal de la cuiller, qui avait pris sa place, en même temps que la base du médicament en avait été séparée, et formait en partie le précipité. Cette base du médicament était métallique.

Pour rechercher quel était le dissolvant de cette base, nous avons ajouté à la liqueur précipitée par l'acide hy-

dro-sulfurique, un excès d'acide nitrique, et nous avons fait bouillir pendant une heure, puis on a filtré. La liqueur filtrée, parfaitement limpide, a été traitée par le nitrate d'argent qui a donné lieu à un précipité blanc, cailleboté, insoluble complètement dans l'eau et un excès d'acide nitrique pur, et qui s'est complètement dissous dans l'ammoniaque. Ce résultat nous a d'abord prouvé que le médicament qui avait été délayé dans la liqueur était un chlorure métallique. Nous procédâmes alors à l'examen de la matière d'un brun ardoisé que l'eau avait détachée de la cuiller. Cette matière avait été mise à sécher pendant la nuit dans le vide de la machine pneumatique.

Elle avait considérablement diminué de volume; elle était complètement desséchée, et avait une couleur gris-d'ardoise. Examinée soigneusement à la loupe, elle présentait à sa surface une foule de petits points d'un brillant argentin; triturée pendant long-temps avec un tube de verre, et comprimée, on en a facilement séparé des globules blancs, brillans, ayant l'apparence du mercure.

Cette matière pulvérulente et les globules métalliques ont été introduits dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, puis effilé en tube capillaire à l'autre extrémité : la pointe de ce tube ayant été brisée, on a chauffé graduellement, et jusqu'au rouge, la partie du tube qui contenait la matière pulvérulente, avec la précaution de tenir le tube dans une position horizontale. La matière pulvérulente a disparu presque complètement, et dans la partie du tube non échauffée, il s'est condensé une multitude de globules blancs, brillans, fluides, qu'il nous a été facile de reconnaître pour être du mercure, d'où nous avons conclu que le médicament administré était un chlorure de mercure.

La portion de matière restée au fond du tube, et que la chaleur rouge n'avait pas volatilisée, a été recueillie après qu'on eut coupé le tube, et a été traitée par l'acide

nitrique pur. Elle s'y est dissoute avec effervescence, et la dissolution a été partagée en trois parties : l'une d'elles, traitée par la dissolution de sulfate de soude, a donné un précipité blanc ; la seconde, traitée par l'acide hydro-sulfurique, a donné un précipité noir ; la troisième, traitée par le chromate de potasse, a fourni un précipité jaune.

Ces trois expériences démontrent que la matière restée au fond du tube, et qui faisait partie de la poudre que l'on avait détachée de la cuiller, était du plomb. L'existence de ce dernier métal s'explique tout naturellement, puisqu'il est un des principes constituans de la cuiller.

Nous avons dit que la cuiller, par son immersion dans l'eau distillée, avait laissé déposer une poudre gris d'ardoise, qui s'était précipitée au fond du verre. Cependant l'intérieur de la cuiller avait conservé une couleur terne et brunâtre. Frottée légèrement avec le doigt, cette couleur disparaissait, et la surface devenait d'un brillant argentin, et très-douce au toucher. Ces phénomènes nous ayant fait présumer que la surface interne de la cuiller était amalgamée : pour nous en assurer, nous avons ratissé avec soin et assez profondément toute l'étendue de cette cuiller. Les râclures étaient extrêmement fragiles : elles s'écrasaient sous le doigt.

On a placé ces râclures dans le fond d'un tube de verre fermé par une de ses extrémités, et tiré en tube capillaire, à la lampe à émailleur, à l'autre extrémité. La pointe en ayant été cassée, on a placé la portion du tube qui contenait les râclures sur une couche de charbon enflammé, avec la précaution de maintenir le tube dans une direction horizontale, puis on a chauffé jusqu'au rouge. Il s'est condensé, dans la partie froide du tube, une quantité assez considérable de globules métalliques, blancs, brillans et fluides à la température ordinaire de l'air, globules que nous avons constaté être du mercure, ainsi que les précédens, en en faisant tomber quelques-uns sur une lame d'or avec

laquelle ils se sont amalgamés de suite, et qu'ils ont blanchie.

Nous avons cru devoir rechercher alors quel était celui du proto ou du deuto-chlorure de mercure qui avait été délayé dans la cuiller, pour être administré aux enfans, puisque les expériences précitées nous avaient démontré d'une manière positive que c'était un chlorure de mercure qui avait été administré.

Bien que la couleur que la cuiller avait acquise eût été pour nous une preuve que ce devait être le deuto-chlorure, nous avons néanmoins voulu en obtenir la démonstration matérielle par deux expériences comparatives. Pour cela, nous avons mis dans cette même cuiller d'étain une certaine quantité de *calomélas* (proto-chlorure de mercure); nous y avons ensuite versé une cuillerée à café environ d'eau distillée, et nous avons délayé le tout avec le bout du doigt. Après une minute de mélange, nous avons plongé la cuiller dans un vase plein d'eau, la poudre s'est précipitée au fond, et la surface de la cuiller n'a éprouvé aucun changement de couleur.

Cette cuiller bien essuyée, nous avons déposé sur une autre partie de sa surface quelques grains de *sublimé corrosif* (deuto-chlorure de mercure), nous avons ajouté une demi-cuillerée d'eau distillée, et à peine le contact de ces corps a-t-il eu lieu, qu'à l'instant même cette partie de la cuiller a noirci, en offrant exactement le même aspect que celui que présentait la cuiller déposée par le sieur Nélissen. La partie ainsi tachée de cette cuiller a été plongée dans un verre rempli d'eau distillée. Il n'a pas tardé à se déposer au fond du vase une matière noirâtre qui s'en était détachée. La liqueur est restée limpide, sans prendre de couleur ambrée. Cette couleur lui a été communiquée de suite par l'addition de quelques gouttes de chlore, addition que nous avons faite dans l'intention de reproduire les

mêmes circonstances que celles dans lesquelles s'était trouvée la cuiller du sieur Nélissen, par suite de son exposition à l'air.

La liqueur, décantée à l'aide d'une pipette, avait une saveur métallique assez prononcée. L'acide hydro-sulfurique y a fait naître un précipité jaune sale, insoluble dans quelques gouttes d'ammoniaque. Le précipité ayant été desséché à la température d'un bain-marie, avait une couleur gris d'ardoise : examinée à la loupe, elle offrait une foule de petits points d'un brillant argentin ; triturée quelque temps avec un tube de verre, on en a séparé des globules blancs brillans, ayant tout l'aspect du mercure. La matière formant le précipité ayant été introduite dans un tube de verre effilé à une de ses extrémités, on l'a chauffée graduellement jusqu'au rouge; une partie s'est condensée sur les parois du tube non chauffé en petits globules blancs brillans, fluides, que nous avons reconnus pour être du mercure.

Cette contr'épreuve et ces expériences démontrent, sans aucun doute, que la substance qui a été délayée dans la cuiller du sieur Nelissen, pour être administrée à ses enfans, était du *sublimé corrosif* (deuto-chlorure de mercure), et non du *mercure doux* ou *calomélas* (proto-chlorure de mercure).

Examen de la matière caillebotée, blanchâtre, extraite de l'intestin de la jeune Nélissen. — Cette matière avait été conservée dans un verre rempli d'eau distillée. D'après son aspect et sa consistance, nous avions pensé qu'elle pouvait être le produit do lait administré à l'enfant, dans le but de neutraliser ou de décomposer la substance vénéneuse, et cela avec d'autant plus de probabilité, que le pharmacien qui l'avait prescrite venait d'apprendre que le médicament administré était du deuto-chlorure de mercure (*sublimé corrosif*).

On sait que M. Orfila (*Toxicologie générale*, t. I, p. 310 et suiv.) indique le lait, et particulièrement l'albumine,

comme contre-poison de ce composé mercuriel, et comme jouissant de la propriété de le décomposer en le ramenant à l'état de mercure doux, ou calomélas (*proto-chlorure de mercure*).

Nous avons pensé qu'il était utile de nous assurer si, en effet, cette décomposition avait eu lieu, et si ces flocons caillebotés étaient une combinaison d'acide hydro-chlorique et de caséum contenant du calomélas (proto-chlorure de mercure), et en même temps si l'eau dans laquelle ils avaient séjourné n'aurait rien dissous de la matière vénéneuse. Ces grumeaux étaient restés plusieurs jours dans l'eau distillée avant qu'on ne reprît ces expériences.

En conséquence, nous avons versé le tout sur un filtre préalablement purifié; la liqueur filtrée a été traitée par l'acide hydro-sulfurique, qui n'y a produit ni précipité ni changement de couleur. D'où nous concluons que *ces grumeaux blanchâtres n'ont fourni à l'eau aucun composé mercuriel soluble*. La matière blanche et caillebotée restée sur le filtre, en a été détachée avec soin, puis on l'a triturée dans un verre avec un peu de solution de potasse. En procédant ainsi, nous avons eu pour but de dissoudre complètement la matière caséeuse, et, en outre, d'en précipiter du protoxyde noir de mercure, si cette matière caséeuse contenait du *calomélas* (proto-chlorure de mercure). L'expérience n'a pas eu ce résultat. La matière caséeuse s'est promptement et complètement dissoute, et, au lieu d'un précipité noir, nous avons eu des flocons jaunâtres. A la surface de la liqueur surnageait une matière blanchâtre insoluble, provenant de la matière butireuse que le lait contenait.

L'existence de cette matière butireuse, de la nature de laquelle nous nous sommes d'ailleurs assurés, eût suffi pour nous convaincre que les grumeaux caillebotés étaient réellement dûs à la coagulation du lait administré; mais nous nous en sommes plus directement assurés par l'expérience suivante. Une petite portion de la dissolution de cette matière dans

la potasse a été traitée par l'acide sulfurique concen[illegible]; à l'instant même il s'est formé un précipité cailleboté blanc, que l'on a versé sur un filtre, et qu'on a lavé avec de l'eau jusqu'à que celle-ci s'écoulât du filtre sans aucune saveur. La matière blanche restée sur le filtre, traitée par l'ammoniaque caustique, s'y est rapidement dissoute, ce qui n'aurait pas eu lieu si c'eût été de l'albumine coagulée.

Quant aux flocons jaunâtres, dans la supposition qu'ils fussent dus à la décomposition d'un per-sel de mercure, il nous restait à constater qu'ils étaient formés par du peroxyde de mercure. Comme la quantité en était très-petite, pour atteindre le but que nous proposions, nous avons préféré à tout autre moyen le suivant : Nous avons étendu la matière avec une demi-once d'eau distillée, nous l'avons introduite dans un flacon à col étroit, et nous y avons fait passer pendant plusieurs heures un courant de gaz chlore, qui d'abord y a fait naître un précipité blanc, floconneux, puis, par la continuation de son action, a fini par le faire disparaître complètement, en même temps que le liquide s'est fortement acidifié.

Nous avons versé la liqueur provenant de la dissolution des flocons blancs par le courant de gaz chlore, dans une capsule de verre, et nous l'avons fait évaporer à une douce chaleur jusqu'à réduction de moitié de son volume; puis nous avons retiré la capsule du feu, et nous y avons ajouté environ une once d'eau distillée; nous avons ensuite filtré à travers un papier Joseph préalablement humecté d'eau, afin de séparer la petite quantité de matière grasse qui surnageait.

La liqueur filtrée a été introduite dans une petite éprouvette de verre; on y a plongé une lame d'or entourée d'une lame d'étain disposée en spirale, et, comme la liqueur était fortement acide, on avait pris une lame d'étain d'une certaine épaisseur. Peu d'instans après l'immersion de cet appareil dans la liqueur, il s'est produit une effervescence

sensible, et la lame d'or prenait successivement une couleur blanche qui augmentait d'intensité. Lorsque l'effervescence eut presque cessé, on plaça l'éprouvette dans un bain-marie, et on chauffa jusqu'à 60° environ. Après une heure, on a retiré l'appareil de la liqueur, et on l'a lavé à plusieurs reprises, sans l'agiter, avec de l'eau distillée; ensuite on l'a fait sécher à une douce chaleur sur plusieurs doubles de papier Joseph. On a enlevé la spirale d'étain qui entourait la lame d'or. Celle-ci était blanchie dans tous les intervalles qui séparaient chaque spirale de la lame d'étain, et cette dernière était devenue fragile.

L'étamage de la lame d'or était un indice pour nous qu'il provenait de l'*amalgamation*, et que conséquemment, 1° les flocons obtenus dans la dissolution par la potasse étaient du peroxyde de mercure; 2° que si, dans un grand nombre de circonstances, le lait ou l'albumine décompose le sublimé corrosif pour le transformer en calomel, cette décomposition n'a pas toujours lieu d'une manière complète, et que ces matières peuvent se combiner avec lui sans le décomposer; ce qui n'empêche pas que le lait et l'albumine soient très-efficaces contre l'empoisonnement par le sublimé corrosif, puisqu'ils s'en emparent de telle sorte, que l'eau n'enlève rien de soluble à cette combinaison. En effet, nous avons prouvé que l'eau dans laquelle on avait conservé, pendant plusieurs jours, la matière blanche caillebotée n'avait dissous aucun atôme de deuto-chlorure de mercure.

Cependant, pour nous convaincre que réellement l'étamage en blanc de la lame d'or était dû à la formation de son amalgame, nous avons plié plusieurs fois sur elle-même cette lame d'or, et l'avons introduite dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, ensuite nous avons effilé l'autre en tube capillaire dont la pointe a été cassée, puis, en tenant ce tube presque horizontalement, nous l'avons ainsi exposé à la flamme d'une lampe à l'alcohol, jusqu'au point

de faire rougir le tube, et, après son refroidissement, nous avons observé, à l'œil nu, à la naissance du rétrécissement du tube, une grande quantité de petits globules blancs, brillans, évidemment formés par du mercure : la lame d'or avait repris sa couleur jaune naturelle.

La lame d'étain, qui était roulée en spirale sur la lame d'or, et qui avait notablement diminué de volume, en devenant en même temps cassante, a été soumise à la même expérience que la lame d'or, parce que sa fragilité nous faisait aussi penser qu'elle était également amalgamée, et en effet elle nous a fourni notablement des globules mercuriels.

Examen de la matière pulpeuse et des matières solides que contenaient l'estomac et les intestins de la jeune Nelissen. — Ainsi que nous l'avons dit en commençant, ces matières, mélangées avec l'eau de lavage des intestins et de l'estomac, avaient été jetées sur un filtre, après en avoir séparé la matière caséeuse dont nous venons de donner l'analyse. Ce résidu avait une couleur fauve rougeâtre, une odeur de lait aigri. Nous n'avons pas jugé convenable de rechercher dans ces matières si le mercure qu'elles pouvaient contenir étaient à l'état de calomel (protochlorure de mercure) ou à l'état de sublimé (deutochlorure), parce qu'étant colorées par une petite quantité de sang, il nous aurait été impossible de reconnaître au juste la couleur de la substance que la potasse caustique en aurait précipitée, en dissolvant les autres matières qui l'accompagnaient. En conséquence, nous avons introduit ce résidu dans un matras, après l'avoir détaché le plus exactement possible de la surface du filtre. Nous avons versé dessus deux onces d'eau distillée ; l'appareil a été placé sur un bain de sable échauffé jusqu'au point voisin de l'ébullition, puis nous y avons ajouté, par très-petits fragmens, de la potasse caustique pure, jusqu'à ce que la dissolution en eût été complètement opérée.

Alors la liqueur avait une couleur d'un brun-rouge foncé; elle a été traitée par l'acide hydrochlorique concentré, en léger excès : il s'est formé un précipité gris-foncé, peu abondant, parce que l'excès d'acide en avait redissous la plus grande partie. Puis nous avons fait passer dans cette liqueur, après son refroidissement, un courant de gaz chlore qui a décoloré la liqueur, ainsi que le précipité qui s'est réduit par cette opération à quelques flocons de matière blanchâtre. On a ensuite versé le tout dans une capsule de verre, et on a fait évaporer à une douce chaleur jusqu'à réduction de moitié environ du liquide, puis on l'a filtré à travers un filtre mouillé.

La liqueur filtrée avait laissé déposer par son refroidissement une certaine quantité de cristaux de chlorure de potassium. Nous y avons ajouté une quantité d'eau suffisante pour redissoudre ces cristaux, puis nous avons placé dans l'éprouvette qui contenait la liqueur, une lame d'or entourée d'une spirale d'étain formée d'une lame étroite de ce métal. L'immersion a été prolongée pendant une heure et demie à froid; il s'est produit une effervescence qui s'est graduellement affaiblie; alors on a fait chauffer légèrement le liquide; l'effervescence s'est alors ranimée, et au bout *d'une demi-heure* elle avait cessé. Ayant jugé dès-lors que le contact avait été suffisamment prolongé, l'appareil a été retiré de la liqueur, on l'a lavé à plusieurs reprises, puis il a été séché à une douce chaleur. La spirale d'étain a été enlevée de dessus la lame d'or : cette dernière avait une teinte blanchâtre dans tous les points où elle n'avait pas été recouverte par la lame d'étain, et les restes de celle-ci étaient devenus sensiblement fragiles.

La lame d'étain, d'une part, et la lame d'or, de l'autre, ont été introduites séparément chacune dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, et effilé par l'autre en tube capillaire. On a répété ici l'expérience déjà décrite avec détail, et nous avons obtenu de même, mais en beau-

coup plus petite quantité, des globules de mercure.

Examen des matières pulpeuses trouvées dans l'estomac et les intestins du jeune Nelissen. — Ces matières étaient le résidu laissé sur le filtre sur lequel on avait versé les produits trouvés dans les organes indiqués, ainsi que les eaux de lavage employées pour en détacher toutes les matières qui pouvaient y adhérer. La couleur de ce résidu était d'un fauve très-légèrement rosé ; son odeur n'avait pas, comme l'autre, celle de lait aigri : elle était nauséeuse, et analogue à celle qui résulte d'un commencement de décomposition putride.

Les expériences ci-dessus décrites ont été répétées ici, et le résultat a été le même, avec cette différence toutefois que les lames d'or et d'étain n'ont fourni qu'une très-petite quantité de globules de mercure métallique, assez distincts cependant pour qu'étant déposés sur une petite surface d'une lame d'or, au moyen de quelques gouttes d'eau, ils s'y soient immédiatement amalgamés, et aient formé autant de taches ponctuées, d'un blanc argentin, qui ont ensuite disparu complètement en chauffant la lame.

Enfin, nous avons dit qu'après avoir retiré de l'estomac de chacun des enfans Nelissen, les matières qui y étaient contenues, ces organes avaient été lavés soigneusement, puis étendus sur une planche, où leur dessiccation s'était opérée insensiblement à l'abri du soleil, et dans un courant d'air. Voici le résumé de nos expériences sur ces organes.

Estomac de la jeune Nélissen. — Toutes les parties de cet organe qui avaient une teinte de bistre, et celles qui avaient cet aspect mat, semblable à celui qui résulte du contact de ces parties avec certaines dissolutions métalliques, avaient acquis une intensité un peu plus grande par la dessiccation et un reflet plus plombé. Les autres portions de l'estomac, en se desséchant, étaient devenues d'une couleur jaune, brunâtre, sans ce même reflet. Les seules

parties des parois de l'estomac qui étaient brunâtres et à reflet plombé, ont été enlevées soigneusement, puis on en a détaché avec le scalpel les couches le plus superficielles, c'est-à-dire celles qui comprimaient principalement la membrane muqueuse de l'estomac. Toutes les portions membraneuses réunies ont été mises dans un matras avec dix à douze fois leur poids d'eau distillée. On a fait chauffer lentement au bain de sable jusqu'à légère ébullition, pendant laquelle on ajoutait de temps en temps de petits fragmens de potasse caustique : ce qui a été répété jusqu'à parfaite dissolution de la matière animale.

Estomac du jeune Nélissen. — Pendant que cette dissolution s'effectuait, nous avons également séparé des parois de l'estomac du jeune Nélissen, les portions qui étaient colorées en brun foncé, et toutes celles qui avaient l'aspect que produit sur une membrane muqueuse le contact d'une dissolution métallique. Nous les avons traitées de la même manière, après les avoir introduites dans un matras avec une certaine quantité d'eau distillée et de potasse caustique.

Les deux dissolutions étant terminées, nous avons traité successivement chacune d'elles par l'acide hydro-chlorique en excès, puis par un courant de chlore, et enfin, le résidu ayant été suffisamment concentré, puis filtré, nous avons plongé dans chacun des liquides l'appareil à lame d'or entourée d'une spirale de lame d'étain, et le résultat de chacune de ces opérations a été que les portions enlevées de l'estomac de la jeune Nélissen nous ont fourni très-sensiblement des globules mercuriels, tandis que celles de l'estomac de son frère n'en ont donné que des atômes, dont nous n'avons pu constater l'existence qu'en passant, dans la portion cappillaire du tube où la volatilisation s'était opérée, un fil d'or qui a été manifestement blanchi.

Des observations et des expériences qui précèdent nous concluons : 1° que la mort des enfans Nélissen est due à un empoisonnement ;

2° Que l'empoisonnement a été déterminé par du sublimé corrosif (deuto-chlorure de mercure).

La méprise funeste qui a eu lieu dans ce cas, à part l'erreur grossière de l'élève en pharmacie, ne doit-elle pas faire désirer que dans la prescription de ceux des médicamens qui sont de violens poisons à la dose de quelques grains, les médecins adoptent exclusivement les noms de l'ancienne nomenclature. Ces dénominations, n'ayant entre elles aucune analogie, ne permettent pas la moindre confusion, à moins d'une inattention coupable. Nous rappellerons aussi, en terminant, ce résultat de l'analyse chimique : Que le sublimé corrosif est resté plusieurs jours en contact avec du caséum sans éprouver de décomposition. Faudrait-il conclure de là que le lait, et surtout l'albumine, ne sont pas réellement contre-poisons du deuto-chlorure de mercure? Non, sans doute, car le fait que nous venons de rapporter démontre, au contraire, que le poison mercuriel était tellement enveloppé par le caséum, que cette matière s'opposait à ce qu'il pût se dissoudre ultérieurement, de manière à agir sur les organes qui le contenaient. Reste donc la question toute chimique relative à l'action particulière de l'albumine sur le deuto-chlorure de mercure : mais nous n'avons pas à nous en occuper ici. Ce qu'il importait de faire remarquer, c'est que, quelle que soit leur manière d'agir, le lait, et surtout l'albumine mêlée à l'eau, sont les boissons qu'il convient d'employer immédiatement dans ce genre d'empoisonnement. On ne peut rien induire contre leur efficacité vraiment spécifique, des exemples qui précèdent, car on a vu que les accidens existaient déjà depuis deux heures quand on a eu recours à leur administration, et que d'ailleurs on n'a pu en faire prendre aux enfans qu'une petite quantité. Ne sait-on pas que le moyen curatif le plus certain échoue le plus souvent quand il est employé trop tard.

Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par le caustique; par CLAUDIUS TARRAL. (Fin).

§. VI. *De la cautérisation des tumeurs érectiles.* — Il existe une grande répugnance pour le bistouri; les mères surtout en redoutent l'emploi pour leurs enfans; souvent elles s'y refusent, ne voyant point de danger imminent dans cette affection, ou se flattant que le temps pourra amener une guérison; et enfin bien souvent elles ne se décident à l'excision que lorsque la maladie est déjà fort étendue. Toutes choses égales d'ailleurs, moins on emploie le bistouri, plus on approche du perfectionnement de l'art; or, nous croyons pouvoir démontrer ici, que d'autres méthodes peuvent remplacer l'excision. Nous avons fait sentir que presque tous les chirurgiens étaient partisans de l'éradication du mal par le bistouri; nous allons montrer maintenant que les auteurs qui ont discuté l'action des caustiques, l'ont blâmée sans l'avoir mûrement pesée.

Voici l'opinion d'un homme remarquable par son esprit judicieux et par sa haute probité scientifique, le vénérable Boyer, dont l'Europe déplore la perte récente. Dans la dernière édition de son ouvrage, il s'exprime ainsi : « Encore moins doit-on attaquer la tumeur par des caustiques, dont l'application réitérée, dans l'intention de détruire tout le mal, causerait des douleurs atroces et une dégénération fâcheuse de la tumeur. » (1)

M. Bégin (2) suit les mêmes raisonnemens : « Les caustiques doivent être proscrits du traitement des corps érectiles; ils ne sont propres qu'à y produire de l'irritation, à hâter leurs progrès, à déterminer leur complication can-

(1) *Op. cit.*, T. II, p. 395.

(2) *Dict. de Méd.-prat.*, T. VII, p. 446; 1831.

céreuse. » Voici le jugement de M. le professeur Roux (1) : « L'emploi des caustiques ou du cautère actuel, dans le but de désorganiser complètement les parties malades et de les réduire à l'état d'une simple escarrhe, pourrait promettre quelques succès dans les cas de tumeurs érectiles tout-à-fait superficielles et assez peu développées pour qu'on puisse les détruire par une seule cautérisation ; mais, dans toute autre circonstance, l'infidélité et l'incertitude de ce moyen, auquel d'ailleurs on n'a eu qu'assez rarement recours, doivent le faire proscrire entièrement, d'autant plus que l'instrument tranchant, beaucoup plus sûr, serait applicable à tous les cas où l'on pourrait cautériser. »

Les éditeurs de la nouvelle impression de la *Medecine-opératoire* de Sabatier, annoncent franchement leur manière de voir (2) : « La destruction des tumeurs érectiles, au moyen des caustiques, est une opération qui pourrait réussir, mais qui ne sera mise en usage par aucun chirurgien habile, parce que les moyens de ce genre n'agissent qu'avec lenteur, et que leur action ne pouvant être dirigée, ou s'étend aux parties saines qu'il faudrait ménager, ou laisse intactes des portions de tumeur qu'il aurait été important de désorganiser, et qui peuvent reproduire la maladie. M. Wardrop conseille cependant ce moyen, qu'il croit propre à déterminer dans le tissu érectile une inflammation ulcéreuse qui en opère la destruction. Mais alors les malades, soumis à l'influence de cette sorte de gangrène, courent des chances trop défavorables pour que l'on ne préfère pas des moyens plus actifs et plus sûrs. »

M. Maunoir (3) a également accumulé des objections pareilles contre le traitement par les caustiques.

M. Hervez de Chegoin ne s'éloigne pas non plus de la

(1) *Dict. de Méd.* cit., p. 560.
(2) Sabatier, *Méd.-opér.*, T. III, p. 248.
(3) Mémoire cité, p. 87.

pratique ordinaire. « Dans ce travail, dit-il, nous n'avons voulu qu'indiquer ce qu'il y a de plus saillant; c'est pourquoi, tout en nous arrêtant sur le traitement, nous n'avons rien dit de la cautérisation par les caustiques, qui nous semble devoir être rejetée entièrement, quoiqu'elle ait, dit-on, réussi. » (1)

Enfin, terminons l'exposé de ces opinions contraires à la cautérisation, par le passage où M. Velpeau s'exprime énergiquement sur les divers procédés (2) : « Les caustiques emplastiques ou les escarrotiques simples, vantés par Callisen, Wardrop, etc., l'acide nitrique, usité encore en Angleterre, le nitrate d'argent conseillé par Guthrie, quand le nœvus est petit, un peu épais, les piqûres multiples de vaccine préconisées par M. Cumin et quelques autres, ne peuvent évidemment suffire que dans un petit nombre de cas. Le fer chaud, heureusement mis en usage par M. Maunoir, et tous les caustiques actifs, exposent, quand ils ne détruisent pas complètement le mal, à des accidens graves, aux hémorrhagies consécutives, à hâter les progrès de la tumeur, par exemple. La perte de substance, les souffrances qu'ils produisent, et les cicatrices difformes qui suivent leur emploi dans les cas les plus heureux, disent assez, au surplus, qu'on ne doit y avoir recours que lorsque les autres méthodes n'offrent aucune chance de succès. »

Voilà les opinions qui dominent généralement aujourd'hui en France, en Italie, en Allemagne, en Amérique, et même, jusqu'à un certain point, en Angleterre. L'expérience va répondre à toutes ces objections, dont la plupart sont imaginaires; l'expérience va encore nous démontrer ici le danger de prononcer dogmatiquement dans une science dont les bases sont si vacillantes.

---

(1) *Journal hebd.* cit., T. II, p. 128, p. 1831.
(2) *Nouveaux Élém. de méd. op.* T. I, p. 255; 1832.

Les praticiens n'ont-ils pas rejeté un peu prématurément l'aide des caustiques pour la cure de ces tumeurs érectiles ?

M. Wardrop, réfléchissant sur une guérison spontanée d'une tumeur érectile, vit que l'escarre, résultat de l'inflammation, en était le principal phénomène, d'où il conclut qu'il fallait imiter la nature et produire la mortification d'une partie du mal, qui serait séparée plus tard par l'inflammation éliminatoire, etc., idée ingénieuse, et que la pratique confirme. M. Mackenzie se trompe quand il attribue la découverte de ce principe de guérison à M. Hodgson de Birmingham; déjà Callisen en fit usage pour les tumeurs d'un petit volume. « *Nævi parum prominentes caustico admoto consumuntur*, etc. *sed majores nœvi deprehendetur ferro exscandi sunt*, etc. » *Op. cit.* P. 204. Guthrie, Weller et beaucoup d'autres ont suivi son exemple. Toutefois MM. Lawrence, Higginb ottom, Dupuytren, etc., attribuent ce procédé curatif à M. Wardrop, à qui, au moins, on doit savoir gré de l'avoir poussé si loin et d'en avoir tiré de si grands effets.

La première fois que M. Wardrop (1) employa cette méthode, c'était pour une tumeur érectile congénitale (*nœvus sub-cutaneus*) du volume d'une pièce de dix sols, située au milieu du front d'une jeune fille âgée de treize mois. On couvrit la tumeur d'un morceau d'emplâtre de diachylon, dans le centre duquel on fit préalablement une ouverture circulaire, qui permit l'application de la potasse caustique au centre de la maladie. M. Wardrop frotta la portion centrale de la tumeur jusqu'à ce que la peau devînt d'un brun foncé, qui est le signe de sa désorganisation; une escarre se forma, fut éliminée, et dans trois semaines la guérison fut complète.

Une tumeur de la même étendue, placée sur la joue, fut opérée et guérie de la même manière.

---

(1) Voyez *Journal Lancet*. Loc. cit.

M. Wardrop me montra le modèle en plâtre d'une tumeur érectile très-volumineuse de la joue et des lèvres, que l'on avait considérée comme au-dessus des ressources de l'art. M. Wardrop, encouragé par le succès des caustiques, y eut recours encore ici et à plusieurs reprises, et dans peu de mois la tumeur était complètement détruite. Aucun accident n'accompagna le traitement; la guérison fut suivie de très-peu de difformité. Plusieurs chirurgiens de Londres ont vu ce malade et ont rendu hommage à l'opérateur.

Mais le cas le plus remarquable que je pourrai citer pour répondre aux objections théoriques des auteurs, est celui d'un enfant, âgé de deux ans, qui portait une énorme tumeur érectile pulsatile, du volume de ses deux poignets, située à la partie antérieure et un peu à gauche de la poitrine, et à laquelle personne ne voulait toucher. M. Wardrop procéda encore ici par les caustiques, dont l'application réitérée anéantit complètement (dans l'espace de cinq mois, je crois,) la tumeur. La suppuration fut ici assez considérable; M. Wardrop appliqua sur la plaie le baume du Pérou, qu'il a assuré être très-bon pour modérer la sécrétion du pus; toutefois aucune hémorrhagie et très-peu de douleurs eurent lieu. Je dois ajouter qu'au désir de l'opérateur, le docteur Lee, médecin fort distingué de Londres, me conduisit chez ce malade; la cicatrice étendue est très-solide et très-vasculaire, mais les vaisseaux paraissent surtout veineux, et la mère m'assura qu'ils restent stationnaires; la cicatrice diminue de plus en plus, et tout porte à croire que cette guérison ne sera pas moins solide qu'elle n'est heureuse pour le malade et intéressante pour la science.

J'ai vu aussi chez M. Wardrop la fille d'un banquier de Londres, chez laquelle on pouvait à peine distinguer une cicatrice blanchâtre qui suivit la destruction d'une tumeur érectile de la joue par la potasse.

M. Lawrence, qui fait usage maintenant de ce procédé,

raconte, dans ses Leçons de chirurgie, que M. Wardrop lui fit voir deux malades porteurs de tumeurs érectiles volumineuses au col, traités par ce moyen et qui étaient en voie de guérison.

Le docteur Lee, temoin des nombreux essais de M. Wardrop, se décida à suivre son exemple. De deux malades qu'il eut la bonté de me faire voir, un d'eux, jeune enfant, présentait une tumeur érectile congéniale du volume d'un petit œuf de poule, située dans l'espace fronto-pariétal; elle avait déjà fourni plusieurs hémorrhagies, elle donnait des pulsations considérables qui étaient en partie dues au cerveau. M. Lee craignait que la tumeur ne communiquât avec la dure-mère, et pour cette raison il mit beaucoup de prudence dans l'application des caustiques, afin de ne pas s'exposer à produire une inflammation des méninges. Toutefois les applications réitérées et légères des caustiques réussirent, au bout de neuf mois, à détruire complètement cette maladie si dangereuse à cause de sa position importante, si intéressante sous le rapport du diagnostic, et pour la guérison de laquelle assurément le bistouri et la ligature ne convenaient guères. Le docteur Lee est convaincu que la lenteur de la cure dépendait ici de la modération dans l'emploi du caustique, du reste aucun accident ne compliqua le traitement de la maladie. L'autre enfant fut assez promptement guéri, par quelques applications des caustiques, d'une tumeur du volume d'une noix, située au sommet de la tête : la cicatrice est blanche, lisse et polie.

M. Higginbottom, chirurgien de Nottingham, a publié deux observations de guérison de tumeurs érectiles congénitales. L'une des tumeurs, située sur le côté gauche de la mâchoire inférieure, égalait la grosseur d'une noix et faisait des progrès journaliers (1). « Je l'ai désorganisé en

---

(1) *London Med. Gaz.*, vol. VI, p. 755; 1830.

adoptant le procédé de M. Wardrop, dit M. Higginbottom, l'inflammation se borna à la tumeur, et la guérison survint après une seule application. Le même chirurgien détruisit, par cinq applications de caustique, une tumeur érectile de l'aile gauche du nez, qui avait résisté aux diverses tentatives faites pendant dix-huit mois par un chirurgien. Dans ce cas, on craignait que la maladie n'eût déjà traversé l'épaisseur de l'organe; toutefois, à la guérison succéda une cicatrice tellement petite que l'on pouvait à peine l'apercevoir.

M. Higginbottom m'a fait l'honneur de m'écrire que, depuis la publication de ses observations, il a opéré deux autres malades par le même moyen et avec semblable succès. M. Higginbottom me fait part en même temps d'un fait intéressant : après la première application du caustique sur une tumeur érectile, ce chirurgien fut obligé d'abandonner son malade pendant plusieurs semaines; il alla le revoir ensuite dans l'intention de continuer le traitement, mais il fut agréablement surpris de trouver que la maladie n'exigeait plus ses soins. Aussi M. Higginbottom pense que souvent une seule application pourrait suffire pour obtenir la guérison.

J'ai guéri aussi une tumeur de la grosseur d'une olive, située au-dessous du sac lacrymal, pour laquelle M. Howship de Londres avait pratiqué la ligature suivant le procédé de M. White; mais, au dire de mon ami, le père du malade, on avait laissé une petite partie du mal en dehors de la ligature : la maladie récidiva et fit des progrès visibles. Je fis la première application de la potasse caustique pendant que la jeune fille était endormie, et sans la réveiller. Une petite escarrhe se forma; je retouchai la plaie trois fois, et la malade guérit dans trois mois, n'ayant jamais souffert de douleur, etc., etc.

M. Langstaff m'annonce aussi qu'il a guéri des petites tumeurs de la face par ce moyen. D'autres chirurgiens an-

glais ont, à ma connaissance, réussi également par ce moyen; mais, ne possédant point les détails de ces faits, je ne puis m'étendre davantage sur ce point.

Quelques personnes trouveront peut-être à redire à ces observations, en ce qu'elles ne sont pas accompagnées de détails journaliers; et afin de satisfaire à ces scrupules, j'avais prié M. Wardrop de m'envoyer quelques observations de ce genre, mais il vient de me répondre qu'il n'en possède point. Il m'assure positivement que, depuis douze ans, il a constamment employé cette méthode, et jusqu'à présent toujours chez les jeunes sujets; la maladie, dans la grande majorité des cas, siégeait à la tête ou au cou. M. Wardrop n'a jamais vu survenir d'hémorrhagie à la suite de l'usage du caustique, non plus que la dégénérescence de la tumeur; les douleurs sont très-légères, souvent nulles. Ce chirurgien ordinairement laisse l'escarrhe se former avant de réitérer l'application du caustique, de manière que la guérison exige communément quelques semaines ou même quelques mois pour s'opérer. Il cautérise dans une plus ou moins grande étendue, suivant le volume de la tumeur, et suivant l'importance qu'il y a d'obtenir une très-petite cicatrice. Enfin, ce qu'il y a de fort important dans la pratique de cet habile chirurgien, c'est que par sa méthode il a toujours guéri jusqu'à présent cette affection.

Si on cherche à se rendre compte de l'action des caustiques dans ce cas, on voit qu'ils désorganisent plus ou moins complètement les parties sur lesquelles ils sont appliqués. Le sang est coagulé dans les petits vaisseaux, la circulation n'est plus aussi libre dans la tumeur, d'autres vaisseaux s'oblitèrent, l'inflammation arrive, les vaisseaux la partagent, s'oblitèrent encore. On porte alors l'action des caustiques plus profondément dans la tumeur; les mêmes phénomènes s'accomplissent. Mais souvent il n'est pas nécessaire d'agir sur toute la surface. La guérison peut suivre la destruction partielle de la tumeur par le caustique, et c'est un

grand avantage de ce genre de moyen. Mais la lenteur, dit-on, en est un grand inconvénient ! cela est moins vrai pour cette méthode que pour les autres. Quel grand désavantage s'attache, en effet, à une guérison exempte de danger, de souffrance, qui durera quelques semaines ou même quelques mois ? D'ailleurs les autres méthodes sont-elles toujours expéditives ? Enfin, si l'exécution de l'opération est à la portée de tous les praticiens, il faut bien se garder de se méprendre sur la nature des tumeurs érectiles; il faut bien éviter de confondre avec elles le fongus hœmatode; car il est très-probable qu'on verrait la tumeur dégénérer. Il est clair aussi que l'on doit agir avec prudence sur les tumeurs de la dure-mère, quand même elles seraient simplement érectiles, à moins de s'exposer à voir mourir son malade d'une arachnitis, ainsi que Pelletan le rapporte de Moreau de l'Hôtel-Dieu. Cet accident indisposa Pelletan et d'autres contre les caustiques, et cependant il est évident que c'est plutôt le chirurgien que le remède qui est à blâmer.

Il faut remarquer que l'opération par les caustiques est applicable à quelques régions où l'excision ne pourrait pas être pratiquée complètement et par conséquent sans danger.

Les avantages que les caustiques offrent sous ce rapport sont trop évidens pour que j'y insiste long-temps; je me bornerai à citer un cas fort intéressant que j'ai observé dans le service de mon estimable ami, M. le docteur Laugier, à l'hôpital Necker. Une jeune femme vint réclamer ses soins, pour une tumeur érectile du volume d'une noix, située immédiatement au-dessous du canal de l'urètre, mais se prolongeant en haut dans le vagin, et dont les limites étaient un peu difficiles à bien fixer : cette jeune femme était d'une extrême sensibilité, puisqu'il ne fut point possible de toucher la tumeur avec les doigts sans qu'elle donnât signe de douleur. M. Laugier s'assura de

la position exacte de l'urètre qui était entièrement entouré par la tumeur, si même il ne participait point à la maladie; il constata aussi l'état vasculaire qui se prolongeait dans le vagin. Convaincu de la grande difficulté et du péril qu'il y aurait à employer ici le bistouri, il n'y songea que pour un moment. La ligature de la tumeur en masse était également difficile à cause de la forme de celle-ci; d'ailleurs toute espèce de ligature aurait indubitablement causé de grandes douleurs. M. Laugier me fit part de cette conjoncture embarrassante, et apprenant les avantages de la potasse caustique, voyant la facilité de son application, il se décida bientôt à en faire usage. M. Laugier frotta avec le caustique le centre de la tumeur qui paraissait surtout veineux à cause de sa couleur violacée, du manque de pulsations artérielles, etc., jusqu'à ce qu'il changeât d'aspect et devint noirâtre. Pendant cette opération, la malade ne fit pas la moindre plainte, mais aussitôt qu'on voulait tâter la tumeur avec les doigts, elle se plaignait. Assurément ici la potasse n'a pas causé de douleur. Un petit suintement de sang eut lieu quelques minutes après l'opération; la malade éprouva quelques picotemens dans la tumeur. Sans attendre la chute de l'escarre, M. Laugier réitéra l'application de la potasse caustique, et désorganisa ainsi une autre portion de la surface de la tumeur. Quelques jours après cette opération fut pratiquée une troisième fois, sans produire aucun accident : la tumeur était diminuée de près de la moitié : elle était plus ferme au toucher; sa couleur était noirâtre. A cette époque du traitement on eut lieu de soupçonner et de reconnaître que la malade était enceinte d'environ quatre mois et demi. Obligée d'interrompre la cure de sa maladie, cette jeune femme sortit de l'hôpital. M. Laugier n'a pas eu de ses nouvelles depuis; toutefois elle est soignée par un de nos amis, et le cas ne sera pas perdu pour nous. Je cite cette observation, quoique incomplète, pour prouver combien les caustiques

présentent d'avantages, soit sous le rapport de leur application, soit par leur innocuité, soit par le peu de douleur, dans un cas où les autres moyens, et surtout le bistouri, auraient été sinon inapplicables, au moins assez difficiles et dangereux.

Je viens de dire que la tumeur de cette malade paraissait formée par des veines; pourtant M. Lawrence a fort bien observé que la couleur n'est pas un guide certain, car, dit-il, si on pratique une incision dans ces tumeurs violacées, on est souvent étonné de voir sortir du sang artériel. Ne peut-on pas expliquer la couleur de certaines tumeurs par la supériorité du calibre des veines comparativement à celui des artères, et par leurs parois plus minces et plus transparentes ?

Nous croyons que l'emploi des caustiques sera extrêmement utile pour ces tumeurs érectiles des parties génitales de la femme, que les praticiens rencontrent assez souvent. Ne pourrait-on pas tirer parti des mêmes moyens employés méthodiquement pour la guérison de certaines espèces d'hémorrhoïdes ? Dans mon dernier voyage à Londres, j'ai vu à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Key, chirurgien fort distingué, un homme auquel on avait complètement oblitéré, par l'application de la potasse caustique, la veine saphène devenue variqueuse, et sans donner lieu au moindre accident; procédé déjà employé plusieurs fois et avec semblable résultat. M. Key procède à-peu-près d'après le même principe que nous avons indiqué pour le traitement des tumeurs érectiles.—Si cette pratique réussit si bien pour les veines volumineuses de la jambe, ne pourrait-on pas l'appliquer aux varicocèles ? Ne serait-elle pas préférable à la compression récemment essayée par M. Breschet ? Je n'ai encore vu que deux malades qui ont subi cette opération ingénieuse; chez tous les deux, des plaies existent, causées par la compression. Or, si nous pouvons produire des petites escarres sur le trajet des veines par la simple application de la potasse; si ensuite

nous pouvons enflammer et oblitérer ces veines elles-mêmes par une nouvelle application, etc., rien ne nous paraît plus simple que ce procédé pour le malade et pour l'opérateur. J'espère revenir plus tard sur ce sujet intéressant.

Ainsi, pour nous résumer, nous croyons pouvoir établir en principe, 1.° que les tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées, congéniales ou non congéniales, petites ou volumineuses, peuvent être détruites complètement et sans dangers par les caustiques.

2.° Que le caustique est facile à manier, à suivre dans son action; facile à graduer suivant l'étendue du mal; qu'il est à la portée de tous les chirurgiens, et qu'il n'effraie pas le malade.

3.° Que les caustiques sont applicables à toutes les régions du corps, et que sous ce dernier rapport ils possèdent de très-grands avantages sur les autres méthodes.

4.° Que le traitement consécutif est extrêmement simple, souvent presque nul : quand la suppuration est trop abondante dans les tumeurs énormes, on doit, suivant M. Wardrop, y appliquer le baume du Pérou.

5.° Qu'avant l'application du caustique il est de la plus haute importance de ne pas confondre, avec les tumeurs érectiles, les fungus hœmatodes, ou médullaire, ou cancer encéphaloïde; car on ne saurait, ce me semble, trop se garder de toucher à cette terrible maladie.

§. VII. *Méthodes diverses.* — M. Wardrop n'a pas encore publié les beaux résultats de son expérience avec la potasse caustique; c'est peut-être pour cette raison que beaucoup de ses compatriotes ont employé des méthodes plus ou moins incertaines; c'est ainsi que MM. Hodgson, Earle, Downing, Cummin, ont eu recours à la vaccine, qui a, il est vrai, parfaitement réussi dans certains cas, mais quelquefois complètement échoué; d'ailleurs l'emploi de cette méthode est assez limité, puisqu'elle exige, dit-on, pour

réussir, que les malades n'aient point subi la vaccination. Le docteur Downing, qui préfère cette méthode à toute autre, parvint à guérir une tumeur assez volumineuse située sur l'apophyse mastoïde ; il assure que le malade n'éprouva point de douleurs, et quelques semaines suffirent pour amener la guérison. Le médecin irlandais nous dit que la suppuration de la tumeur était assez considérable, et d'un autre côté il affirme que cette opération ne laisse aucune cicatrice ; il me semble qu'il y a ici un peu d'exagération. Enfin il paraît que les chirurgiens anglais commencent à renoncer à ce mode de traitement, sur lequel fort peu de choses a été publié.

Le séton a aussi trouvé des partisans. M. Lawrence, consulté par une dame pour une tumeur considérable de la face, suivit le conseil de M. Fawdington, de Manchester, qui paraît avoir guéri de cette manière des tumeurs érectiles. Malheureusement je ne puis obtenir le journal anglais où ces faits sont consignés (1). Il traversa le milieu de la tumeur par un séton ; cette opération ne causa presque point d'inflammation.

M. Lawrence, quelques jours après, retira un peu le séton, y appliqua du nitrate d'argent et le passa de nouveau dans la tumeur ; cependant peu d'irritation s'ensuivit. Le chirurgien se décida alors à retirer le séton, et eut recours à la potasse caustique qu'il introduisit dans l'intérieur de la tumeur au moyen de l'ouverture que laissait le séton. La destruction partielle de cette tumeur se fit ; on vit qu'il y avait nécessité d'agir sur sa surface externe, et par ce moyen on parvint à anéantir presque entièrement la maladie. M. Lawrence a fait quelques réflexions à l'occasion de ce fait ; il pense, par exemple, que les chirurgiens exagèrent beaucoup le danger de l'inflammation et de la suppuration à la suite de pareilles opérations. Ce-

(1) *Lancet*, [illegible] 1831. *Cours de chirurgie.*

pendant nous allons voir que le séton peut donner lieu, en effet, à une inflammation intense et qui exige l'emploi des antiphlogistiques. M. Lawrence n'a-t-il point tiré, un peu prématurément, des conclusions générales d'un seul fait ?

M. Macilwain (1), chirurgien de Londres, a fait deux tentatives avec le séton. Consulté pour une tumeur volumineuse du cou chez un enfant de cinq mois, pour laquelle on jugea convenable de réitérer l'emploi du bistouri, M. Macilwain commença par enfoncer dans le centre de la tumeur une aiguille chauffée à rouge, ce qui causa « *une irritation considérable du système.* » La tumeur ne diminua point ; elle s'étendait de l'oreille jusqu'à un demi-pouce de la clavicule. Le chirurgien passa, « mais avec beaucoup de difficulté », un séton à travers le milieu de la base de la tumeur. Cette seconde opération produisit une grande inflammation de la tumeur, qui augmenta rapidement, et un grand dérangement constitutionnel qui dura pendant plusieurs jours ; l'enfant souffrit beaucoup, et la maladie prit une apparence fort effrayante, etc. Cependant M. Macilwain passa un second séton. Une suppuration abondante s'établit et continua pendant deux ans et quatre mois, époque à laquelle les sétons furent supprimés, ne laissant alors qu'une légère décoloration de la peau et une cicatrice à l'endroit où ils avaient été passés. Cette observation, quoique très-incomplète, mérite beaucoup d'attention. L'autre observation est encore plus incomplète ; la maladie n'était point entièrement guérie lors de la publication qui en a été faite ; ici on eut recours à plusieurs sétons à des périodes éloignées ; ils ont produit moins d'irritation que dans l'autre cas, et tout portait à croire que le malade obtiendrait une guérison parfaite.

M. Langstaff vient de m'annoncer aussi que dans quel-

---

(1) *On deep seated nævi.* Dans *Med. Chir. Trans.*, vol. XVIII, p. 1, p. 189. 1833.

ques cas il a employé les sétons avec succès. J'avoue que la lecture des observations que je viens de citer me dispose peu en faveur de ce moyen : la douleur, la difficulté de l'opération, l'augmentation énorme de la tumeur, la durée de la suppuration abondante, etc., me porteraient assurément à préférer les caustiques.

Dans l'année 1828, M. Lloyd, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemi de Londres, communiqua à la Société Médicale de Westminster, un nouveau procédé pour le traitement des tumeurs érectiles : c'est l'injection, à l'aide d'une seringue d'Anel, d'une solution d'acide nitrique dans la proportion de trois à six gouttes pour ℥i d'eau, dans l'intérieur de la tumeur. Pendant l'injection on doit comprimer celle-ci à la circonférence, afin d'empêcher le liquide de s'étendre aux parties saines ; il faut aussi faire plusieurs injections. C'est après quatre injections de ce genre que M. Lloyd guérit un malade, dont l'observation est très-mal rapportée dans le journal où j'en ai pris connaissance. Toutefois M. Lloyd assure que très-peu d'inflammation accompagna et suivit cette opération. La seule marque qui restât, était à l'endroit où avait été introduit le tube de la seringue. Cette opération a déjà trouvé des partisans à Londres ; mais je regrette de n'en pouvoir pas donner les résultats, on n'en a pas encore publié. Cependant j'apprends de mon ami, M. Baruch Toogood, qu'il vit M. Ball guérir ainsi une tumeur érectile superficielle, placée sous l'oreille, du volume d'une pièce d'un franc ; une ou tout au plus deux injections furent ici suffisantes. La guérison s'obtint sans aucune cicatrice.

M. Toogood et mon ami M. Ward ont essayé également l'injection pour une tumeur érectile congénitale un peu plus volumineuse que celle dont nous venons de parler, mais dont le résultat ne fut point aussi heureux ; il a seulement détruit le centre de la tumeur. Voilà tout ce que je sais sur ce procédé fort ingénieux.

Certainement, sous le rapport de la cicatrice, cette méthode présente de grands avantages ; mais il est important de savoir si elle est applicable aux tumeurs érectiles volumineuses profondes ; ou si elle peut guérir celles-ci sans produire de suppuration. Serait-elle alors moins douloureuse, ou plus sûre, ou plus expéditive que les caustiques, etc. ? Voilà des questions que nous sommes obligé d'abandonner avec bien d'autres, parce que les faits nous manquent pour les résoudre.

Le docteur Marshall Hall, (1) médecin de Londres, déjà avantageusement connu par ses travaux, a imaginé un autre procédé qui nous paraît fort ingénieux : il consiste à enfoncer une aiguille à cataracte à bords tranchans dans la tumeur, et à lui en faire traverser l'intérieur dans huit ou dix sens différens, mais toujours sans retirer l'instrument et sans perforer les tégumens dans d'autre endroit que là où il est entré primitivement. Cette opération, qui se pratique sous la peau, a donc pour but de traverser, de déchirer et couper la tumeur ou les vaisseaux dont elle est composée, dans diverses directions, afin d'exciter l'irritation et l'oblitération de ces vaisseaux, sans produire ni hémorrhagie, ni douleur, ni cicatrice. En effet, M. Hening, chirurgien des environs de Londres, pratiqua cette petite opération sous les yeux du docteur M. Hall, pour une tumeur érectile sous-cutanée, de l'étendue d'une pièce de vingt sols ; elle ne donna lieu ni à des douleurs, ni à des hémorrhagies, etc. La tumeur fut comprimée légèrement après l'opération. Mais la maladie resta stationnaire pendant plusieurs semaines; on croyait même qu'elle avait résisté à ce moyen ; mais ce que des semaines ne purent effectuer, six mois l'accomplirent. Alors, en effet, la tumeur disparut complètement, ne laissant aucune cicatrice.

(1) *London Med. Gazette*, vol. VII, p. 577. 1831.

On vient de m'assurer que M. Hall a déjà obtenu d'autres guérisons, et bientôt il doit les faire connaître. Cette opération si ingénieuse et si delicate présentera-t-elle des chances de succès pour des tumeurs volumineuses ? etc., etc.

Dans la *Lancette anglaise* on trouve un extrait du compte rendu de la Clinique de Berlin, qui nous apprend que M. Graefe emploie le cautère actuel pour la cure des tumeurs érectiles, quand elles ne sont pas profondes et quand elles sont d'un petit volume. Il obtint ainsi la guérison dans quatorze cas; cinq autres exigèrent l'excision. Quand les tumeurs sont tout-à-fait superficielles, M. Graefe se contente d'appliquer le nitrate d'argent. Une note dans le même journal ferait croire que cet habile opérateur remplace maintenant le cautère actuel par la potasse caustique.

Toutefois nous avons déjà remarqué que les auteurs ont tous dit que M. Maunoir (1) avait déjà fait usage du cautère actuel et avec succès ; cependant il me semble plus que probable que c'est encore une erreur. L'observation rapportée dans son ouvrage appartient à M. Morin, qui n'appliqua le fer rouge qu'après avoir excisé la tumeur.

M. Dupuytren (2) pense que «le cautère actuel constitue un des moyens les plus puissans que l'on puisse employer pour faire disparaître les tumeurs érectiles.» Cependant ce professeur ne paraît l'avoir jamais appliqué, bien qu'il en fasse un si grand éloge.

Ainsi, puisqu'il n'existe point de faits à notre connaissance, nous sommes dans la nécessité d'abandonner ici ce sujet intéressant.

Les opérations qui consistent à faire seulement une excision partielle du mal, ou bien à n'y pratiquer qu'une simple incision, puis à comprimer la plaie avec de la charpie imbibée

---

(1) *Mémoire sur le Fungus médullaire*, cit., p. 100.
(2) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, T. IV, p. 33. 1834.

de certains styptiques, etc., ont été rarement employées, cependant elles ont été quelquefois suivies de succès. D'un autre côté nous savons le danger auquel les hémorrhagies exposent; nous savons aussi la difficulté de les maîtriser. D'ailleurs J. L. Petit assure (d'après la foi d'un ami), que c'était chose commune de voir mourir des malades en Italie après pareille opération. Ainsi nous croyons que cette méthode est trop hasardeuse pour être souvent employée, surtout chez les jeunes sujets qui ne peuvent résister longtemps aux pertes sanguines. Pour toutes ces raisons nous croyons inutile d'insister davantage sur un principe établi déjà par la pratique, et auquel nous avons déjà assez répondu, bien que d'une manière indirecte.

On trouve, dans les *Archives générales de méd.*, 2.e sér. T. I, p. 582, une observation de guérison d'une tumeur érectile de la langue, par l'administration du mercure. Ne faut-il pas se garder de tirer trop à la hâte des conséquences d'un fait probablement fort rare, peut-être même équivoque ?

Enfin, bien que nous préférions parmi tous ces moyens la potasse caustique, nous reconnaissons que, dans certains cas, il ne faut pas adopter un traitement exclusif, et qu'on doit avoir recours à une méthode combinée. Ainsi ne pourrait-on pas essayer de diminuer l'étendue de la maladie, d'atténuer sa gravité, etc., par l'oblitération des gros troncs artériels, par la compression, par les applications réfrigérantes, etc., etc. ? Les avantages d'une méthode composée sembleraient manifestes ; cependant la science possède encore peu de faits à son appui, et pour cette raison j'abandonne ce sujet à l'avenir.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. Bell, *Vice-Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 6.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois d'Août.)

Corps étranger dans le pharynx. — Exostoses de nageoires et de vertèbres de poissons. — Anomalie des os malaires. — Absence des os unguis. — Injection accidentelle des vaisseaux d'un caillot contenu au centre du cœur. — Insuffisance des valvules de l'aorte. — Oblitération incomplète du tronc brachio-céphalique. — Encéphaloïde de la cloison recto-vaginale. — Injection des lymphatiques de la peau et des muqueuses. — Anatomie de la peau de la patte d'un ours. Fistule stercorale à travers le sacrum. — Anomalie dans le trajet de l'artère épigastrique. — Instrumens pour la ligature des polypes et pour sonder le canal nasal. — Balle enkystée dans le poumon. — Fracture de l'avant-bras. — Staphylôme postérieur de la cornée. — Encéphaloïde du rein. — Abcès du cerveau. — Encéphaloïde de la base du crâne. — Hémorrhagie de l'ovaire. — Laryngite sous-muqueuse. — Inflammation pseudo-membraneuse de l'utérus. — Cicatrice d'une vaste ulcération de l'estomac. — Atrophie d'un hémisphère cérébral et cérébelleux. — Expériences sur la reproduction des os. — Luxation du coude en arrière. — Phlébite des veines iliaque et crurale. — Encéphaloïde d'un doigt. — Maladie de l'articulation scapulo-humérale. — Abcès par congestion comprimant la trachée et la bronche gauche. — Gangrène du poumon. — Anatomie de la région inguinale. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique traité par la ligature. — Spina-ventosa du maxillaire inférieur d'une vache. — Etranglement interne. — Fracture du crâne. — Fracture avec perte de substance du pariétal gauche et lésion cérébrale, datant de plusieurs années.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Laurent, candidat pour une place de membre-adjoint, lit une observation de *corps étranger extrait du pharynx.* Le sujet de l'observation était un enfant qui avala un fragment d'os plat de mouton, probablement d'omoplate. Le corps étranger resta cinq jours sans qu'on essayât de

l'enlever. Lorsque M. Laurent fit des tentatives d'extraction, le gonflement des parties voisines était considérable; il ne put que saisir l'extrémité supérieure du corps qui était triangulaire, sa base tournée en bas, son sommet en haut et en arrière. Il échappait au moindre effort. Le chirurgien imagina alors de le saisir avec de longues pinces courbes, et de lui faire décrire un mouvement de rotation de manière à substituer les bords aux angles, et réciproquement; alors il n'y eut plus aucune difficulté. Le petit malade fut guéri sans accident au bout de trois jours.

M. Laurent présente une *exostose* volumineuse d'un rayon de nageoire de poisson. La tumeur a le volume d'une grosse noix. Elle est mamelonnée à la surface et offre à son milieu la trace d'un rayon. La substance qui la forme est compacte, blanche, lisse et très-dure. Son centre est occupé par une substance moins dense et imbibée de suc graisseux jaunâtre. — M. Laurent montre plusieurs autres exostoses plus petites développées sur les apophyses des vertèbres d'autres poissons.

Le même candidat met sous les yeux de la Société une tête humaine sur laquelle on remarque une *division de chaque os malaire par une suture*. La même tête présente aussi une *absence complète des deux os unguis*. Le canal nasal existe. Cette absence des os unguis a déjà été signalée par Bertin et Portal. Verheyen a noté un fait justement contraire à celui-ci; c'est-à-dire, que l'os unguis formait seul les parois du canal nasal, et qu'il descendait jusqu'à son ouverture inférieure, disposition qui se rencontre dans les singes: tandis que chez l'éléphant il y a un os unguis et point de canal lacrymal. M. Laurent conclut de tous ces faits que la présence des os unguis n'est pas liée à l'existence d'un appareil lacrymal. — M. Forget demande si la glande lacrymale existe chez l'éléphant. — M. Laurent répond que chez cet animal il n'y a point d'appareil sécréteur des larmes, et que ce fait a déjà été signalé par M. de Blainville dans son *Anatomie comparée*; que, du reste, les recherches qu'il a entreprises à ce sujet le portent à penser que les follicules sébacés, très-nombreux et très-développés chez ces animaux, suffisent pour humecter la conjonctive.

Au sujet de la division des os malaires, M. Lenoir observe que c'est un fait du plus grand intérêt pour la doctrine de l'unité de composition, et que son existence avait été niée par M. Cuvier. M. Laurent dit que M. Laurillard lui a montré d'autres exemples de cette anomalie qui existent au cabinet d'anatomie comparée du Jardin des plantes, et qui proviennent de la collection de Gall.

M. Vernois rapporte qu'en injectant un sujet pour l'étude des artères, il a injecté les *vaisseaux développés dans un caillot contenu au centre du cœur*.

M. Brun présente un cas *d'insuffisance des valvules aortiques*.

L'altération est surtout marquée dans deux valvules dont le bord libre est tendu comme une corde, et ne permet pas le renversement des valvules vers le centre du vaisseau. Sur le même sujet il y a oblitération presque complète du *tronc brachio-céphalique* dans toute son étendue, par un caillot fibrineux. On avait remarqué pendant la vie l'absence presque complète du pouls radial du côté droit.

M. Sonnié-Moret présente une *tumeur encéphaloïde* développée dans la cloison recto-vaginale. L'altération a envahi les parois du rectum et du vagin, dans une petite étendue.

M. Marotte présente, au nom de M. Ricord, un *spéculum à deux branches* de son invention. Son avantage principal est de porter à l'extrémité de chaque branche deux échancrures qui en se réunissant forment un anneau, dans lequel on peut engager un fil propre à saisir les polypes du vagin ou du col de l'utérus.

M. Cruveilhier annonce à la Société que, faisant des recherches sur des vaisseaux lymphatiques, il est parvenu à injecter les *lymphatiques superficiels de la peau*. Il suffit de piquer au hasard au-dessous de l'épiderme pour voir se former un réseau métallique des plus beaux, et pour qu'on ne puisse douter qu'il n'y ait là des vaisseaux lymphatiques injectés : M. Cruveilhier montre une pièce sur laquelle une injection faite sous l'épiderme du scrotum et du gland a pénétré dans les ganglions de l'aine : on suit très-distinctement le trajet du mercure qui remplit plusieurs vaisseaux lymphatiques. — M. Cruveilhier n'a pas pas éprouvé plus de difficulté pour remplir de métal les lymphatiques des membranes séreuses et muqueuses. Il est à croire que ce ne sont point les lymphatiques mêmes de la séreuse qui sont apparens, mais bien ceux qui rampent au-dessous de cette membrane. M. Cruveilhier rapporte aussi, qu'en piquant les os du crâne d'un jeune enfant, avec l'extrémité du tube à mercure, il a non seulement rempli tous les vaisseaux des os, mais encore ceux de la dure-mère, les sinus et tous ceux du cerveau.

M. Cruveilhier présente encore à la Société un morceau de *peau* de la patte d'un ours. La structure en est très-remarquable. Sur le derme fort épais et fort dense s'implante une multitude de papilles semblables aux papilles filiformes de la langue. Elles sont revêtues d'une espèce d'étui taillé à facettes. Ces étuis présentent parfaitement la disposition d'une fleur radiée. A leur sommet existe une dépression, peut-être est-ce un trou. M. Giraldès demande si les étuis ne seraient pas formés par l'épiderme qui fournirait à chaque papille un petit tube particulier. M. Cruveilhier pense que telle est la disposition de l'épiderme dans ce cas.

M. Tonnelier présente à la Société un exemple de *fistule stercorale à travers le sacrum*. Le sujet qui la portait était un homme âgé de 34 ans. La maladie datait de l'âge de 8 ans. Elle avait débuté par une

tumeur de la grosseur d'une noix, molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, située à la région inférieure et postérieure du sacrum. Elle fut ouverte par l'instrument tranchant et donna issue à un liquide purulent. La plaie resta fistuleuse et livra passage à du pus, jusqu'à il y a une dixaine d'années, que le malade, s'étant livré aux plus grands excès, s'aperçut que plusieurs abcès s'ouvrirent près de sa fistule et qu'ils demeurèrent fistuleux. Il reconnut aussi qu'il s'échappait par ces plaies des gaz et des matières stercorales. Depuis il remarqua que la quantité de matières fécales qui passaient par la fistule, ne devenait considérable que lorsqu'il éprouvait le besoin d'aller à la selle. Peu à peu la quantité des matières rendues par les fistules a augmenté, et celles qui passaient par l'anus ont diminué dans la même proportion. Depuis un an l'anus naturel a cessé de livrer passage à des matières stercorales. Elles sortaient complètement par la fistule. A l'autopsie, on vit que le tiers inférieur du sacrum était carié, et percé à jour dans l'étendue d'un pouce environ. L'ulcération de l'os ne paraît point bornée, et eut probablement fait de plus grands progrès si le malade eût vécu plus long-temps. A l'extrémité du rectum, à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus de l'anus, on trouve une solution de continuité de la paroi postérieure, occupant l'espace d'un pouce environ. Une fausse membrane paraît organisée et se continuer avec la muqueuse rectale; mais elle se perd près de l'os où l'on aperçoit seulement un détritus noirâtre dans lequel il est difficile de réconnaître des traces d'organisation. La cause de cette affection est inconnue; le malade interrogé ne put donner de renseignemens à ce sujet.

M. Verpillat met sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie sur laquelle on remarque une *anomalie dans la disposition de l'artère épigastrique*. Celle-ci, au lieu de suivre sa direction normale, se portait horizontalement en dedans, dans l'étendue d'un demi-pouce, une ligne environ au-dessus de l'arcade crurale. Elle traversait la bandelette ilio-pubienne, une des gaînes du ligament rond, ressortait après un trajet de trois lignes en traversant de nouveau, en sens inverse, la bandelette ilio-pubienne et reprenait son trajet normal, de sorte que, dans ce cas, s'il y eût eu hernie crurale, un débridement dirigé obliquement ou directement en haut eut exposé à léser l'artère. De plus, dans ce cas, une hernie inguinale directe aurait encore eu l'artère au côté interne du collet du sac, et un débridement, en ce sens, eut pu avoir un résultat fâcheux.

M. Verpillat présente encore un *instrument de son invention, pour la ligature des polypes du nez ou de l'utérus*. Il le nomme *Porte Serre-nœud*. Cet instrument consiste en une canule de cinq pouces de long, contenant, dans son intérieur, un mandrin quadrilatère divisé en deux parties qui s'écartent par élasticité, et déploient une anse de

fil avec laquelle on embrasse le polype. Par le moyen d'une roue d'engrénage on serre le fil, et l'instrument laissé en place peut servir de serre-nœud.

Enfin, le même candidat présente à la Société un *instrument pour faire des injections dans le canal nasal.* Cet instrument consiste en un mandrin semblable à celui de M. Gensoul, auquel il ajoute une petite sonde de gomme élastique. Il introduit le mandrin ainsi armé jusque sous le cornet inférieur; puis, au lieu de faire exécuter à son instrument le mouvement de bascule, il fixe le mandrin et fait exécuter à la sonde des mouvemens de rotation, de façon à la faire pénétrer par un mouvement de vrille. L'auteur trouve à cet instrument l'avantage de pénétrer sans violence et sans douleur, et de pouvoir être laissé à demeure.

M. Martel, candidat pour une place d'adjoint, fait voir à la Société un cas de *balle logée, depuis vingt-cinq ans, dans le poumon gauche.* Cette balle avait d'abord fracassé la tête de l'humérus, puis avait pénétré en dehors et en haut de la mamelle et s'était logée dans la poitrine. L'état de l'humérus avait nécessité la désarticulation qui avait parfaitement réussi. La plaie de la poitrine s'était guérie en peu de temps. Le malade était resté sujet à des accès de suffocation et à des hémoptysies abondantes auxquelles il succomba. A l'autopsie, on trouva la balle derrière le troisième espace intercostal, au milieu du tissu pulmonaire, adhérent dans ce point aux troisième et quatrième côtes. Elle était placée dans une espèce de caverne, anfractueuse, qui communiquait avec les bronches. Il y avait également dilatation des bronches. La cavité glénoïde gauche était deveue convexe dans sa partie articulaire.

M. Nivet, candidat pour une place d'adjoint, lit un travail intitulé : *Recherches microscopiques et chimiques sur le sang.* Le même candidat présente un cas de *fracture de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras* chez un jeune enfant. La fracture date de vingt jours. Il y a coaptation parfaite des fragmens. A peine si l'on aperçoit une trace de virole autour des parties fracturées.

M. Sichel, candidat pour une place de membre-adjoint, présente à la Société des pièces et des dessins relatifs au *staphylome postérieur de la sclérotique.* Il conclut de ses recherches que le staphylome dépend de l'adhérence des membranes de l'œil entre-elles, et du ramollissement du tissu fibreux de la sclérotique. Pour lui, c'est là la seule manière dont il conçoit que puisse s'effectuer la déformation, contrairement à l'opinion de Jacobson et de Mirault, qui la font dépendre de l'accumulation de l'humeur placée entre la choroïde et la sclérotique.

M. Mirault, d'Angers, répond qu'il n'a jamais pensé que l'accumulation de l'humeur placée entre les membranes de l'œil pût ame-

exemple à ajouter à ceux que M. Cruveilhier a déjà présentés à la Société.

M. Saint-Yves, candidat pour une place de membre-adjoint, met sous les yeux de la Société un cas d'*atrophie d'un hémisphère cérébral.* Il n'a guères que les deux tiers du volume de l'hémisphère opposé. Les circonvolutions sont aplaties, minces et très-endurcies. L'hémisphère cérébelleux du côté opposé est également atrophié. La malade, âgée de 36 ans environ, était épileptique, et depuis quelques années était tombée dans l'imbécillité : elle avait été également depuis plusieurs années sujette à des accès de folie qui duraient peu de temps.

M. Heine, médecin allemand, démontre à la Société le mode d'action d'une *scie* de son invention, et met sous les yeux des assistans des pièces relatives à la *reproduction des os.* Il a remarqué que les plaies des os du crâne qui affectent une forme angulaire, guérissent beaucoup plus facilement que les plaies circulaires : les pertes de substance longitudinales lui paraissent également les plus favorables pour leur oblitération complète. M. Heine montre un grand nombre de pièces à l'appui de sa manière de voir. Il a fait ses essais sur des chiens. Sur aucune pièce il n'y a oblitération complète de l'ouverture accidentelle, mais seulement affaissement des bords et production d'une membrane de nouvelle formation, qui est très-mince et translucide. M. Heine a tenté la réunion complète de fragmens osseux tout-à-fait séparés, puis remis en place. Il n'a pu, dans aucun cas, obtenir cette réunion directe. Sur un chien chez lequel il avait séparé une portion de côte, il a obtenu un cal osseux à l'une des extrémités, et une fausse articulation à l'autre. Il a essayé des résections articulaires et n'a jamais eu pour résultat un cal osseux, mais bien une fausse articulation. Entre autres expériences M. Heine a pratiqué la résection de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde : les animaux ont très-bien guéri.

M. Verpillat, candidat pour une place d'adjoint, lit un travail intitulé : *Description succincte d'une nouvelle méthode d'opérer la hernie crurale.*

M. Thomson, candidat pour une place d'adjoint, fait la démonstration d'une pièce sur laquelle existe une *hernie crurale.* M. Thomson pense qu'on a jusqu'à présent mal décrit la position véritable de la hernie crurale et les différens *fascia* qui l'enveloppent. Il développera ses idées dans un travail qu'il présentera incessamment.

M. Boudrie montre des pièces qu'il a trouvées sur un homme qui a fait une *chute* d'une hauteur de 45 pieds. Le côté droit ayant seul porté, les lésions existent de ce côté. Il y a luxation du coude en arrière, avec déchirure partielle des muscles de la partie antérieure. Les vaisseaux et nerfs, loin d'être tiraillés, sont dans le plus grand relâchement. Il y a aussi fracture de l'extrémité inférieure du ra-

dius, et luxation de l'extrémité inférieure du cubitus, avec issue des os. Il existe une fracture du col chirurgical de l'humérus. Le calcanéum présente une fracture incomplète de son corps : son tubercule interne et la petite tubérosité sont séparées du reste de l'os. Les neuf côtes inférieures sont broyées, réduites en esquilles dans leur tiers moyen. L'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire est également brisée.

M. Tessier présente une *inflammation des veines crurales et iliaques*. Elle s'était développée chez une femme affectée de syphilis constitutionnelle et de larges et nombreuses ulcérations sur toute la surface du corps. La phlebite n'avait donné lieu à d'autre symptôme qu'à un œdème du membre inférieur gauche. La veine iliaque est oblitérée par une fausse membrane à son embouchure dans la veine cave. Toute communication est impossible entre les deux veines.

M. Tessier présente encore une *tumeur encéphaloïde developpée au doigt indicateur gauche* chez une femme de 65 ans. Il y a seize ans que parut, sans cause connue, une tumeur à la face palmaire de la première phalange du doigt indicateur gauche. En quelques mois elle acquit un volume considérable; elle resta indolente et fort dure pendant près de seize ans : elle paraissait adhérente aux os. Quinze jours avant l'entrée de la malade, à la suite d'une simple piqûre d'aiguille, il survint une hémorrhagie que rien ne put arrêter d'abord. Un médecin appliqua un caustique qui la fit cesser; l'escarre se détacha au bout de douze jours. L'ulcération qui suivit sa chute prit les caractères de l'ulcération cancéreuse. M. Sanson, qui voyait la malade, se décida à enlever le doigt indicateur avec le tiers inférieur du second os métacarpien. La matière encéphaloïde forme une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, et non adherente aux os.

M. Vernois présente un cas *d'abcès dans la fosse sous-scapulaire*, communiquant avec l'articulation de l'épaule par l'ouverture que le ligament présente à sa partie interne pour le passage du tendon du muscle sous-scapulaire. Les cartilages articulaires sont presqu'entièrement détruits. Le pus s'est également fait jour par l'ouverture destinée au passage du tendon de la longue portion du muscle biceps, et s'est placé sous le deltoïde qui est profondément altéré. Il est probable qne la maladie a commeneé par l'articulation, et que la suppuration s'est fait jour par les deux points qûe que j'ai indiqués. — Le même individu présentait une *fistule au niveau de la quatrième côte*. Celle-ci était cariée superficiellement. Pendant la vie de ce malade on avait remarqué du souffle fort intense au-dessous de la clavicule gauche : on ne savait à quoi l'attribuer, l'état du poumon paraissant à-peu-près normal. A l'autopsie on trouva la trachée et la bronche gauche comprimées par un abcès considérable dépendant du corps de plusieurs vertèbres cervicales. La moelle épinière était intacte. —

Enfin on rencontra chez le même sujet un *séquestre* logé dans le tiers moyen du tibia. Cet os était gonflé dans toute son étendue, surtout au niveau du séquestre. Il n'existait point de fistules, quoique l'os mort fût compris dans un étui osseux. Autour de lui les mailles osseuses étaient infiltrées de pus verdâtre.

M. Hache présente à la Société un cas de *double caverne gangréneuse du poumon*. Cet organe est réduit en une espèce de putrilage infect.

M. Thomson, candidat pour une place de membre adjoint, lit un travail fort étendu sur *l'anatomie de la région inguinale*.

M. Boinet lit une observation d'*anévrysme du tronc brachio-céphalique*, pour lequel on pratiqua la ligature de la sous-clavière par la méthode de Brasdor. Le malade mourut par suite de suffocation un mois après l'accident.

M. Laurent met sous les yeux de la Société une *mâchoire de vache* trouvée par M. Emm. Rousseau. Elle présente un *gonflement très-grand de la substance osseuse* de la branche horizontale de la mâchoire. Le tissu osseux est mince et raréfié; la partie osseuse a presque disparu: à sa place existe une cavité assez vaste. C'est l'altération désignée par les auteurs sous le nom de *spina-bifida*, et qui consiste en des tumeurs cancéreuses ou fibreuses des parties profondes des os. — M. Tessier a rencontré la même altération dans le même point du maxillaire chez un cheval et chez un lièvre.

M. Brun présente un cas d'*étranglement interne* causé par une double bride partant de la face postérieure de la matrice, et allant se fixer au péritoine qui revêt la face antérieure du sacrum. Une anse complète d'intestin s'était engagée dans l'espace d'anneau formé par la double bride. Les symptômes de l'étranglement avaient été des plus intenses, et cependant l'anse intestinale étranglée n'était que peu altérée.

M. Desprez présente un *caillot sanguin volumineux trouvé à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau*, chez un malade qui avait fait une *chute* d'un lieu assez élevé. Il y eut du delire, de la loquacité, mais point de paralysie. Le malade mourut le troisième jour. Outre le volumineux caillot dont nous venons de parler, il y avait une assez grande quantité de sang dans la cavité arachnoïdienne. Le cerveau était affaissé au niveau du caillot : il y avait fracture de la voûte orbitaire. Le rocher du côté droit était fracturé à sa base. Le même individu avait des deux côtés des fractures de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus.

M. Tessier fait remarquer la rougeur et l'injections prononcée de la pie-mère, qu'il regarde comme un des signes de l'inflammation de cette membrane. M. Cruveilhier ne partage pas cette manière de voir : il pense que cette rougeur peut tenir à l'exposition de la partie à l'air depuis un temps assez long.

M. Pigné fait voir la voûte du crâne et une portion du *cerveau* d'un individu sur lequel il n'a pas de renseignemens, sinon que trois mois avant sa mort, il eut des symptômes de *méningite*, d'abord aiguë, puis chronique. L'autopsie montra dans l'hémisphère gauche, au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche, une caverne communiquant avec le ventricule latéral par une petite ouverture arrondie; elle n'était séparée de la surface de l'hémisphère que par une épaisseur d'une ligne de la substance cérébrale : elle était tapissée par une fausse membrane, lisse et resistante, et contenait un liquide transparent. La dure-mère était fort adhérente aux os, qui étaient très-épais. Ce pariétal offrait une ouverture irrégulièrement arrondie, d'environ un pouce de diamètre. A son niveau la dure-mère adhérait au péricrâne : on voyait à la peau une cicatrice linéaire adhérente aux parties sous-jacentes. Enfin dans une espèce de dépression rugueuse du pariétal placée sur le côté de l'ouverture dont nous parlons, se trouve de la substance cérébrale en contact avec les os, sans qu'on puisse reconnaître aucune membrane qui l'en sépare.

Observation d'une altération très-grande du sang. Présence d'une quantité très-grande de pus dans le système artériel et veineux, sans origine appréciable, suivie de quelques réflexions sur ce genre d'altération; par M. A. Duplay, *chef de clinique à l'hôpital de la Pitié.*

Joséphine Guéris, couturière, âgée de 27 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, le 24 décembre 1833, dans le service de M. le professeur Rostan. Elle était presque mourante. Sa maigreur était excessive; sa face était pâle; elle avait de la diarrhée et des sueurs nocturnes depuis quelque temps. La respiration était très-pénible, très-difficile; la malade était assise dans son lit et se plaignait continuellement. Il paraît, d'après des réponses fort incomplètes et souvent contradictoires, qu'elle était malade depuis plusieurs mois, mais surtout depuis une quinzaine de jours. Son aspect extérieur était entièrement celui d'une phthisique. La malade était si faible, elle se plaignait tellement, que l'auscultation ne fut pratiquée que très-incomplètement. Cependant comme on avait entendu du râle muqueux à grosses bulles

vers la partiee supérieure de la poitrine, on pensa que probablement il existait des cavernes vers ce point. Cet état s'aggrava, l'agonie survint, et la malade mourut deux jours après.

Les lésions que l'on rencontra à l'autopsie parurent si intéressantes à M. Rostan, qu'il me pria d'avoir sur cette malade tous les renseignemens possibles : mais malheureusement cette femme avait donné une fausse adresse, peut-être un faux nom; aussi me fût-il impossible d'avoir sur ses antécédens des détails autres que ceux qui lui furent pour ainsi dire arrachés un à un.

Autopsie faite 36 *heures après la mort.* — *Tête.* Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un liquide d'un rose terne dans lequel nagent des flocons grisâtres et friables ; les parois des sinus sont partout lisses et pâles. Toutes les veines qui passent dans la pie-mère renferment la même matière, dans certains points, et dans d'autres, une matière d'un gris-jaunâtre et qui est du véritable pus. Les membranes du cerveau adhèrent assez intimement à la substance grise, qui est généralement ramollie. Toutes les veines cérébrales renferment le même liquide que les sinus de la dure-mère. Les veines ne présentent du reste ni rougeur ni aucune altération de leurs parois. La substance blanche du cerveau, les ventricules et les divers organes qui concourent à les former sont dans leur état normal.

Poitrine. Les poumons ne présentent ni cavernes ni tubercules : leur tissu est généralement sain. En arrière et vers leur base ils sont assez fortement engoués, sans cependant présenter une véritable hépatisation. Les bronches renferment beaucoup de mucosités, et leurs parois sont légèrement rouges.

Le *cœur* est volumineux, il est excessivement distendu, surtout dans ses cavités droites. Incisé, il laisse échapper des deux ventricules, et surtout du droit, une quantité énorme d'un liquide couleur lie-de-vin, au milieu duquel

nagent des caillots peu consistans, de même couleur, et de plus des flocons excessivement nombreux d'un jaune sale, friables, présentant toutes les apparences du pus à moitié concret, et semblables à ces flocons, à ces masses purulentes que l'on rencontre après la péritonite. Dans l'oreillette gauche il existe un de ces flocons du volume d'une grosse noix, entièrement libre, et nageant au milieu du sang altéré. Nulle part ces masses purulentes n'adhèrent aux parois des vaisseaux du cœur, dont la surface intérieure est examinée avec le plus grand soin. La membrane intérieure qui les revêt est lavée à grande eau; partout elle est pâle; partout elle présente sa consistance et son épaisseur naturelles. Nulle part on ne peut découvrir les traces d'une phlegmasie. L'artère, les veines pulmonaires, jusques dans leurs dernières divisions, contiennent le même liquide; partout elles offrent la même intégrité de leurs parois. Les deux veines caves sont dans le même état. L'aorte suivie dans tout son trajet renferme aussi ce liquide de couleur lie-de-vin, et ces flocons purulens observés dans les autres parties du système circulatoire. Du reste, la surface interne de l'artère est parfaitement intacte. Les veines jugulaires et les artères carotides présentent les mêmes lésions.

Abdomen. L'estomac n'offre rien de particulier. Sa face interne est pâle; la membrane muqueuse présente sa coloration et sa consistance normales. Le duodénum est sain. Dans l'intestin grêle, on aperçoit çà et là quelques points d'injection. Les plaques de Peyer sont à l'état normal.

Les parois du gros intestin sont légèrement hypertrophiées dans presque toute leur étendue. Cette hypertrophie est surtout marquée dans le cœcum dont les parois ont environ trois lignes d'épaisseur. La membrane muqueuse est le siège d'une multitude de petites ulcérations arrondies, superficielles, de la largeur d'une grosse tête d'épingle, et qui ne l'intéressent même pas dans toute son épaisseur. On peut les apercevoir dans toute l'étendue du colon lors-

que l'on tend avec force les parois de l'intestin, de manière à ce que la lumière vienne tomber obliquement sur elles. Mais c'est surtout dans le cœcum que ces ulcérations se présentent en abondance. Là, elles sont un peu plus profondes et intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse. Aussi sont-elles plus visibles, quoiqu'elles ne soient pas beaucoup plus larges que dans le colon. Tous les ganglions mésentériques sont tuméfiés; quelques-uns ont le volume de grosses noisettes. Incisés, ils présentent de la rougeur, et leur tissu ressemble assez à celui d'un poumon hépatisé; mais ils n'offrent aucune trace de suppuration. Les artères et les veines mésentériques sont remplies par le mélange de pus et de sang que nous avons rencontré dans les autres portions du système circulatoire. En examinant leurs parois, même dans des ramifications très-petites, il est impossible de retrouver aucune trace d'inflammation. Nulle part on ne trouve d'épaississement des parois, ou ces pseudo-membranes adhérentes qui révèlent un travail phlegmasique.

Le *foie* est énorme; il s'avance jusque près de l'hypochondre gauche; son tissu est légèrement induré. Cependant on peut y découvrir encore les deux substances dont il semble formé. La veine-porte, les veines hépatiques sont exactement dans le même état que les autres portions du système circulatoire. Quant au tissu du foie, il ne présente nulle part de traces de suppuration.

La *rate* est énorme; elle a cinq pouces de hauteur sur trois pouces de largeur. Le péritoine qui la recouvre semble épaissi. Dans plusieurs points, il présente des plaques blanches, comme nacrées, de quatre ou cinq lignes d'étendue. Son tissu est excessivement ferme; au lieu d'être rouge, il est de couleur fauve. Au lieu d'être aréolaire et spongieux, il est excessivement compacte. Enfin, pour sa couleur et sa consistance, on ne saurait mieux le comparer qu'au tissu de ces foies dans lesquels on remarque un peu de prédominance de la substance jaune sur la substance

rouge. Les vaisseaux spléniques renferment aussi ce liquide couleur lie-de-vin et ces flocons purulens déjà mentionnés. Du reste, leur surface interne est parfaitement intacte.

Les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires, sont dans l'état normal, et ne présentent aucunes traces de maladies antérieures.

Appareil circulatoire des membres. — Nous avons disséqué les artères et les veines des membres ; partout nous avons rencontré la même altération du liquide qu'elles contenaient. Nous avons ouvert plusieurs vaisseaux collatéraux des doigts, et l'altération du sang existait là comme partout ailleurs. Dans aucun point nous n'avons trouvé de traces d'inflammation, soit dans les artères, soit dans les veines ; tous ces vaisseaux ont été incisés, leur face interne a été lavée et examinée avec le plus grand soin, et partout elle était aussi intacte que dans les autres organes de la circulation.

Nous devons à la vérité de signaler une omission qui a été faite : c'est l'ouverture des articulations. Est-ce là que nous aurions trouvé la source de cette quantité énorme de pus repandue si uniformément dans tout le système circulatoire, tant artériel que veineux ? Ce n'est pas probable ; car la malade, qui avait encore quelque connaissance lors de son entrée à l'hôpital, n'accusait aucune douleur dans les membres. Du reste, en disséquant les principaux troncs artériels et veineux et en pratiquant sur les membres plusieurs larges incisions, nous avons mis à découvert la plupart des articulations, et rien d'insolite n'a fixé notre attention vers ces diverses régions.

On ne saurait trop regretter que des renseignemens plus positifs n'aient été obtenus sur la marche de cette singulière maladie. Mais ce défaut de renseignemens a tenu, comme nous l'avons dit, et à l'état dans lequel était cette femme lors de son entrée à l'hôpital, et de plus à la fausse adresse qu'elle avait donnée, ce qui arrive assez sou-

soit par une mauvaise honte des malades, soit parce que les personnes chargées de les inscrire n'apportent pas tout le soin convenable quand elles inscrivent leurs adresses. Du reste, bien qu'incomplet sous plusieurs rapports, ce fait est encore digne d'intérêt, et c'est ce qui nous a déterminé à le publier tel qu'il est. Quoiqu'il se réduise aux seules altérations trouvées après la mort, on peut encore en faire découler quelques considérations qui ne seront pas sans intérêt.

Un fait que l'on ne peut contester et qui est déjà fort intéressant par lui-même, c'est la présence du pus dans tout le système circulatoire général, dans le système circulatoire pulmonaire, dans le système circulatoire de la veine porte, enfin, dans tout le système veineux et artériel, même dans des ramifications dont le calibre égale celui des vaisseaux collatéraux des doigts.

Si, sous ce premier point de vue, nous comparons ce fait à ceux désignés sous le nom de diathèse, d'infection, de résorption purulente, nous trouvons, avec cette observation, des différences très-grandes. Nous avons parcouru, dans ce but, presque tout les faits publiés sur ce point, ceux que M. Velpeau a consignés dans un premier mémoire sur la *phlegmatia alba dolens* (1), ceux qui forment la base d'un second mémoire sur l'altération du sang dans les maladies (2). Nous avons analysé tous ceux contenus dans le mémoire de Dance sur la phlébite en général et la phlébite utérine (3). Nous avons parcouru la thèse de M. Dauvin où se trouvent un assez grand nombre d'observations d'infection purulente ; le mémoire de Legallois (4) qui en renferme aussi d'intéressantes ; enfin, toutes celles que l'on

(1) *Archives de Méd.*, 1824. T. VI, p. 220.

(2) *Revue méd.* 1826. T. II.

(3) *Archives de Méd.*, décembre 1828.

(4) *Des maladies occasionnées par la résorption du pus.* Journ. hebd., mai 1829.

trouve éparses dans les divers recueils périodiques. Dans aucune de ces observations la quantité de pus qui existait dans le système circulatoire, n'était aussi considérable. Quelquefois il y avait du pus mêlé à des caillots dans la veine cave et les cavités droites; très-rarement on en trouvait dans les ramifications de l'artère pulmonaire, et s'il en existait dans l'aorte, c'était en très-petite quantité, quelques gouttes seulement au milieu de caillots sanguins plus ou moins volumineux; et encore nous avons noté ce désordre seulement dans deux observations rapportées par M. Velpeau. Ainsi, en admettant que notre observation fût un cas de résorption purulente, ce serait peut-être le cas le plus intéressant qui existe, sous le rapport de la quantité de pus renfermé dans le système circulatoire, et de sa répartition uniforme dans les artères et les veines.

Ce qui ne peut pas être non plus contesté et ce qui ressort également des seules lésions anatomiques, c'est qu'il n'existait, dans aucun point des organes de la circulation, des traces de phlegmasie. Sous ce point de vue nous pouvons assurer que les recherches les plus minutieuses ont été faites, que tous les vaisseaux des membres, les sinus de la dure-mère, les artères cérébrales un peu volumineuses, les vaisseaux du col, tant artériels que veineux, ceux des grandes cavités, ont été non-seulement ouverts, mais encore débarrassés par simple lavage de la matière sanieuse qu'ils renfermaient. Dans aucun de ces vaisseaux, non plus que dans le cœur lui-même, nous n'avons même pu constater la rougeur, signe si équivoque par lui-même, et qui, isolé de toute autre altération, n'explique rien quant à la phlegmasie des vaisseaux. Combien, à plus forte raison, nous a-t-il été impossible de rencontrer, sur aucune veine ou sur aucune artère, ces pseudo-membranes adhérentes, cet épaississement, cet endurcissement des parois artérielles ou veineuses, cette injection des *vasa vasorum*, caractères auxquels tout le monde reconnaît une phlegmasie

incisions ont été faites sur le tronc et sur les membres, et nulle part on n'a pu découvrir de traces de suppuration.

Mais, dira-t-on, les articulations n'ont pas été ouvertes, et peut-être est-ce là que le pus a été pompé en quelque sorte. Ici, il est vrai, les faits palpables nous manquent: puisque les articulations n'ont pas été ouvertes, nous ne pouvons pas affirmer qu'elles ne contenaient pas de suppuration. Cependant, quoique marchant sur un terrain moins solide que nous sommes dépourvus des résultats de l'anatomie pathologique, nous n'en continuerons pas moins nos investigations. Supposons, en effet, pour le moment, que du pus ait existé dans les articulations, et qu'à l'autopsie nous en ayons rencontré; ce seul fait nous expliquerait-il tout? De deux choses l'une, ou la suppuration s'y serait formée primitivement et aurait été ensuite résorbée et portée dans le torrent circulatoire, ou bien la suppuration des articulations n'aurait été que consécutive au voyage ou transport du pus dans toute l'économie.

Quant à la première hypothèse, je ne sache pas que des faits analogues viennent l'appuyer. A-t-on vu des articulations frappées de suppuration, et la matière purulente portée ensuite dans le torrent circulatoire par une simple absorption? Nulle part je n'ai rencontré de fait de cette espèce. Pour l'admettre, il faudrait supposer que les bouches absorbantes, destinées à servir, pour ainsi dire, de contrepoids aux bouches exhalantes qui versent la synovie à la surface des articulations, eussent absorbé le pus en nature, et que de là, passant dans un autre ordre de vaisseaux, il eût pénétré d'abord dans les capillaires veineux ou dans les lymphatiques, et de là dans tout l'arbre circulatoire. Ce fait, je crois, n'aurait pas d'analogue dans la science.

Quant à cette seconde supposition que le pus existant dans les articulations, car nous supposons toujours qu'il y

ait été vu, ne serait que consécutif à l'altération du sang et à son mélange avec du pus, nous trouvons partout des faits analogues. Rien n'est plus fréquent, lorsqu'une veine est enflammée, ou lorsqu'elle est béante au milieu d'un foyer de pus, que de voir les articulations les plus éloignées du siége primitif du mal renfermer de la suppuration en assez grande quantité. Nous avons observé ce fait plusieurs fois, soit à la suite de la phlébite utérine, soit à la suite des amputations ou des grandes opérations chirurgicales, et d'ailleurs la plupart des auteurs qui ont traité de ces accidens à la suite des cas de chirurgie, l'ont aussi observé assez souvent. Dans quelques cas ces suppurations, accompagnées souvent de ramollissement et de destruction des cartilages articulaires, ne s'étaient revélées pendant la vie que par des symptômes excessivement obscurs, souvent presque nuls, et qu'un œil exercé et prévenu contre ce genre d'accident pouvait seul découvrir. D'autres fois, au contraire, les malades accusaient des douleurs vers les articulations affectées, souvent même il survenait une rougeur et une tuméfaction qui n'étaient, il est vrai, jamais en rapport avec la gravité des accidens. La malade qui fait le sujet de notre observation, ne témoignait aucune douleur articulaire; aucune rougeur ou tuméfaction n'existait pendant la vie; et, dans le peu de mots qu'il nous fut possible d'en tirer, elle n'accusa rien du côté des articulations.

Ainsi, en donnant à l'omission commise la plus grande gravité qu'elle puisse avoir, c'est-à-dire en supposant que plusieurs articulations eussent été remplies de pus, la question ne serait pas entièrement éclaircie, puisqu'il resterait à savoir si cette suppuration préexistait à la présence du pus dans les organes de la circulation, ou bien si elle lui était consécutive, ce que l'analogie rendrait plus probable.

Nous ferons encore remarquer une particularité intéressante que présente ce fait singulier : lorsque du pus en

nature circule avec le sang, lorsqu'on n'en retrouve même qu'une très-petite quantité dans le système veineux, on voit survenir des suppurations rapides, des abcès qui se montrent, pour ainsi dire, subitement. Les viscères thorachiques et abdominaux deviennent le siége de collections purulentes de nature toute particulière. Comment se fait-il que rien de semblable n'ait existé chez notre malade ? Certes, s'il suffit, pour que ces lésions se produisent, que du pus entre en circulation, la malade dont nous traçons l'histoire aurait dû en présenter un grand nombre, et cependant rien de semblable n'existait chez elle. Il est, du reste, un fait qui m'a frappé en parcourant les observations de résorption purulente, c'est que ces abcès, dits métastatiques, ne se montrent pas toujours le plus nombreux dans les cas où une plus grande quantité de suppuration circule avec le sang; on les voit, au contraire, assez souvent dans les cas où il n'existe de pus que dans un ou deux troncs veineux.

Telles sont les particularités qui nous ont paru rendre ce fait intéressant, quoiqu'il soit incomplet. Pour que la totalité du système circulatoire ait présenté la même altération à un même degré et avec les mêmes caractères, il faut admettre que la même cause a agi partout de la même manière et avec la même intensité. Nous nous demandons si ce fait ne pourrait pas venir à l'appui de cette opinion déjà émise par Dehaen, que M. Rostan professe dans ses cours et que M. Andral adopte également, c'est que nos liquides peuvent être le siége d'altérations primitives. «Peut-être, dit M. Andral, l'époque n'est-elle pas éloignée où l'on reviendra à cette idée de Dehaen, qui admettait que, dans certaines circonstances, le pus peut se former de toutes pièces dans le sang comme on voit s'y former l'urée dans l'état physiologique (1). »

(1) *Clinique médicale*, T. IV, p. 683.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations sur les plaies du cou; par J. F. DIEFFENBACH, *professeur*, *etc.* (1).

Je publie les faits suivans, parce que la science ne possède que très-peu de chose sur les plaies du cou. Cette disette vient de ce que les faits de ce genre se présentent rarement en grand nombre au même praticien. Elle vient aussi de ce que la plupart du temps les blessés meurent par suite de la lésion d'un gros vaisseau ou des voies aériennes. On a bien publié quelques exemples isolés de guérison de larges plaies du cou que l'on a considérés comme des faits rares; mais pour les plaies peu étendues de la trachée ou du larynx, malgré toute leur malignité, on n'en a fait connaître qu'un très-petit nombre. En effet, ces plaies étaient-elles suivies de la mort, on ne croyait pas devoir publier un fait isolé; étaient-elles au contraire suivies de guérison, elles ne semblaient pas assez importantes pour être livrées à l'impression. Les plaies superficielles du cou ont surtout été regardées comme trop peu importantes pour mériter la publicité, et pourtant ces plaies peuvent mettre la vie en danger et même causer la mort.

J'ai vu plusieurs fois de simples plaies du cou, qui n'intéressaient que la peau, ainsi que de simples abcès de la même région, causer la mort, soit par suite de l'inflammation et de la gangrène du tissu cellulaire lâche sous-cutané, soit parce que le pus s'infiltrait dans diverses directions, et, se dirigeant le long du muscle sterno-mastoïdien, parvenait jusque dans le médiastin antérieur. Cet accident est

(1) *Rust's Magazin*, T. XLI, part. 3, p. 395.

arrivé sous mes yeux, lors même que j'avais de bonne heure suffisamment dilaté la plaie pour le prévenir.

Je ne me rappelle pas un seul cas où une plaie superficielle du cou, produite par une main étrangère, par exemple en duel, ait mis la vie en danger, et ait eu pour suite la suppuration du tissu cellulaire du cou. Il faut noter que ces plaies existaient chez des hommes jeunes et bien portans. J'en ai vu un nombre assez considérable; elles étaient presque toutes situées dans les parties latérales et supérieures du cou, parce que l'épée avait effleuré cette région au-dessus du bord supérieur de la cravatte. Une seule fois, la pointe de l'épée avait pénétré sous la cravatte, dans la fosse qui est située au-dessus du bord supérieur du sternum, et, sans léser les attaches du muscle sterno-mastoïdien, avait divisé transversalement la peau et le tissu cellulaire, et avait mis à nu la trachée-artère. Ici, la plaie guérit par seconde intention, mais le pus ne fusa point dans le médiastin.

La plupart de ceux qui cherchent à se suicider en se coupant le cou, se servant ordinairement de la main droite, le couteau est dirigé fréquemment de gauche à droite, et un peu obliquement de haut en bas. Le plus grand nombre se coupent le larynx, parce qu'en renversant la tête en arrière, la peau et la trachée se trouvent tendues. Ordinairement la plaie est unique; j'ai cependant vu plusieurs plaies l'une à côté de l'autre, ou se croisant obliquement. Presque toujours les blessés ont porté l'instrument vers la moitié supérieure du cou; aussi ne lèsent-ils que les voies aériennes, laissant intacts les gros vaisseaux et les nerfs importans du cou. Quelquefois ces parties fuient devant l'instrument, de telle sorte que le tissu cellulaire situé entre elles est seulement divisé, et qu'elles paraissent comme disséquées au fond de la plaie.

Il ne m'est arrivé qu'une fois de voir un cas où le malade avait eu l'étrange idée de se couper le cou avec deux

instrumens tranchans à la-fois : le sujet de cette observation, un jeune étudiant, ayant pris un rasoir de chaque main, appliqua les deux tranchans en même temps à la partie antérieure de son cou, et, tirant l'un à gauche et l'autre à droite, il cerna ainsi toute cette région. Il recommença cette manœuvre dans plusieurs endroits. Les plaies se croisaient au-devant du larynx et de la trachée. Aucune n'était mortelle; les muscles du cou étaient seuls incisés çà et là. Le même jeune homme se tua deux ans après avec un fusil.

Dans presque tous les cas, la guérison se fit long-temps attendre, lors même que la plaie était très-petite et n'intéressait que la peau, et qu'il ne se formait aucune fusée purulente. J'ai vu cependant cette guérison s'opérer très-promptement chez un homme de 49 ans, qui avait tenté de se suicider dans un état d'ivresse. Il s'était fait, avec un rasoir, sur la partie moyenne du cartilage thyroïde, une plaie de trois-quarts de pouce de longueur. Apporté à la Charité, on réunit la plaie au moyen de deux points de suture et de bandelettes agglutinatives, et on lui fit une saignée de quatre palettes. Intérieurement il prit un sel laxatif avec l'extrait de jusquiame. Le troisième jour, on put retirer les fils de la sutnre, et quelques jours après la plaie était parfaitement cicatrisée. Dans tous les autres cas que j'ai vus, malgré le plus exact affrontement des bords de la plaie par la suture et les agglutinatifs, la suppuration s'établit et la cicatrisation fut lente à se former.

Les vieillards essaient rarement de se couper le cou. Cependant un nommé Schroeder, âgé de 74 ans, tenta de se suicider de cette manière. Il se servit d'un couteau ordinaire, et se fit au-devant du quatrième anneau de la trachée, une plaie d'un pouce et demi qui n'intéressait que la peau. Les bords de la peau furent réunis par la suture; le malade fut saigné et prit des laxatifs. On ne put obtenir de réunion par première intention; à peine le pus fusa-t-il dans

les environs de la plaie ; mais la cicatrisation se fit lentement par seconde intention.

J. C., âgé de 36 ans, dégoûté de la vie après des excès, se fit au côté gauche du larynx une plaie de plus de deux pouces. Malgré le traitement réfrigérant on ne put obtenir une réunion immédiate à l'aide de la suture; le tissu cellulaire du cou s'enflamma, passa à la suppuration, et le malade mourut d'une fièvre nerveuse au bout de trois semaines. — J'ai vu beaucoup d'autres faits semblables qui se terminèrent également par la mort, bien que ni la trachée ni le larynx n'eussent été atteints; mais malheureusement je ne les ai point pris en note.

Les phthisiques qui, comme on sait, comptent presque toujours sur une guérison prochaine, se suicident rarement, du moins de cette manière. Cette circonstance donne de l'intérêt aux faits suivans :

Auguste Wassermann, âgé de 33 ans, phthisique au dernier degré, entra à la Charité le 6 septembre 1829. Fatigué de souffrir, il s'était fait avec un rasoir, au côté gauche du cou, une incision longue d'un pouce, s'étendant seulement jusqu'à la ligne médiane, et n'intéressant que la peau et une partie du muscle sterno-mastoïdien. Aucun vaisseau important n'avait été lésé; la plaie, réunie par la suture, suppura, et la mort arriva vers la deuxième semaine, dans le marasme. A l'ouverture du cadavre, on trouva la surface interne de la trachée un peu rouge au niveau de la plaie; les divisions bronchiques étaient pleines de pus, et les poumons remplis de tubercules à divers degrés.

Guillaume Hermann, âgé de 34 ans, journalier, se fit, avec un rasoir, une plaie oblique dans le milieu de la longueur du cou, et plus à gauche qu'à droite. La peau seule était incisée, et la blessure était peu grave. Le dégoût de la vie né du sentiment d'une destruction rapide causée par une phthisie pulmonaire, avait porté cet homme à cet acte de

désespoir. La trachée n'était point entamée; les bords de la division furent réunis par des points de suture. Le malade mourut le jour suivant dans une sueur excessive, et atteint d'une diarrhée que rien ne put arrêter. L'expectoration s'était déjà supprimée la veille. — Quoique la plaie extérieure n'intéressât en rien la trachée, cependant la membrane muqueuse de ce canal était violemment enflammée et d'un rouge livide à cette hauteur. Les bronches étaient pleines de pus; les poumons étaient tuberculeux. A l'extérieur, le cadavre n'offrit rien à noter.

Après avoir vu la mort suivre quelquefois de simples plaies de la peau du cou faites dans l'intention de se suicider, on ne sera point étonné de voir le même effet produit par des blessures qui pénètrent plus profondément, et qui intéressent la trachée et le larynx, de manière à laisser un libre passage à l'air. De telles plaies ne sont point mortelles par elles-mêmes; elles le deviennent en général par l'inflammation consécutive de la trachée qui se propage quelquefois jusqu'aux bronches, par l'écoulement du sang au dedans des voies aériennes, par la suppuration, etc. Rarement les plaies de la trachée et du cou, sans lésion des gros vaisseaux, sont promptement mortelles; cependant en voici un exemple :

Frédéric Raddach, tisserand, fut traité à la Charité pour une carie du bord supérieur et antérieur de l'un des os iliaques. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, il y fut rapporté pour une plaie du cou. Dégoûté de la vie, il s'était fait avec un couteau ordinaire, une incision longue de plusieurs pouces, qui pénétrait profondément entre le larynx et l'os hyoïde. Aussitôt après que la blessure avait été faite, un chirurgien en avait réuni les bords à l'aide de la suture. Les fils furent ôtés; on enleva beaucoup de sang caillé qui se trouvait entre la peau et le larynx. Le malade était presque sans pouls, la peau était couverte d'une sueur froide, les pupilles dilatées, la respiration courte, rare et pénible.

La mort arriva une demi-heure après l'entrée du malade.

J'ai vu également, chez une femme de 30 ans, la mort survenir quelques heures après une double plaie de la partie antérieure du larynx. La malade fut tourmentée jusqu'à sa mort par des accès de suffocation. La réunion au moyen de la suture avait été opérée trop promptement; l'ablation des fils permit l'évacuation d'un grand nombre de caillots sanguins. La malade en éprouva un peu de repos; cependant la mort eut lieu peu de temps après.

Un jeune enfant qui eut le larynx profondément coupé, mourut dans la nuit même, de convulsions, et non par suite de l'écoulement sanguin.

Quelquefois le danger est accru et la mort est avancée, soit par la complication de plaies simultanées dans d'autres régions, soit par le développement rapide d'une affection interne aiguë. Tel est le cas suivant :

Jean Ullrich, contrôleur de théâtre, âgé de 36 ans, très-adonné à l'ivrognerie, essaya de s'arracher la vie. Il tenta en conséquence de se couper les vaisseaux sanguins de l'avant-bras gauche avec un canif; il se frappa ensuite à la région précordiale, et enfin se fit plusieurs coupures au cou. On l'empêcha d'accomplir son projet; cependant il perdit beaucoup de sang, et fut apporté à la Charité. On reconnut les lésions suivantes : à la partie antérieure du cou, dans la région du larynx, était une plaie longue de deux pouces, béante et très-profonde, divisant le cartilage thyroïde, de sorte que dans le renversement de la tête en arrière l'air pénétrait librement par cette ouverture. Au côté droit du cou, une autre plaie dirigée d'avant en arrière et de bas en haut, dans l'étendue d'un pouce et demi, n'intéressait que la peau. Au côté gauche du thorax, presque directement dans la région du cœur, le malade s'était fait deux incisions profondes de près d'un pouce, qui permettaient d'atteindre les côtes avec une sonde. Enfin, vers l'extrémité inférieure de l'avant-bras, on voyait une plaie

transversale qui occupait toute la largeur du membre, intéressait la peau et le tissu cellulaire, et s'arrêtait aux muscles. Toutes ces plaies furent rapprochées, celles du cou furent recouvertes avec de la charpie, celle du bras fut maintenue par des points de suture. On appliqua vingt sangsues dans le voisinage de celles de la poitrine, et ensuite on y fit des fomentations froides. Vers le soir, le malade étant agité et la respiration étant gênée, on tira une livre de sang du bras; on appliqua un appareil contentif de la tête (*koehlersche mütze*), et l'on provoqua les selles par l'huile de ricin. Le second jour, nouvelle application de vingt sangsues. Vers le soir, le malade était sans repos; il délirait et agitait les mains et les pieds. Un véritable *delirium tremens* dura tout le jour suivant ainsi que la nuit, et le malade mourut à huit heures du matin. — *Autopsie.* — Dans presque toute l'étendue du côté gauche de la poitrine, une ecchymose, partant des incisions, était étendue entre les muscles et le tissu cellulaire. Un des coups de canif avait intéressé une côte dans la profondeur d'une ligne. Le cartilage thyroïde était divisé par sept ou huit coupures, en plusieurs fragmens lâchement réunis. La surface intérieure du larynx offrait une exsudation membraniforme et des traces d'inflammation. Cette inflammation s'étendait à peine aux premiers anneaux de la trachée. Les poumons étaient adhérens en quelques endroits; leur tissu était ferme et gorgé de sang. Le cœur et le péricarde étaient sains.

Quelquefois, des suicides atteints de plaies du cou qui pénètrent dans les voies aériennes, peuvent survivre longtemps à leurs blessures, et pourtant les soins les mieux dirigés ne les arrachent point à la mort.

Henriette Krause, âgée de 33 ans, très-grasse, très-robuste, et en apparence d'une santé florissante, était atteinte, depuis plusieurs années, de mélancolie et d'accès épileptiques, lorsqu'elle chercha à se couper le cou avec un couteau. L'instrument pénétra dans le larynx, entre le

cartilage thyroïde et le cricoïde, coupa le ligament triangulaire, blessa de chaque côté les éminences inférieures du cartilage thyroïde, et atteignit jusqu'à la paroi postérieure du larynx. La plaie transversale du cou avait un peu plus de deux pouces. La malade avait perdu beaucoup de sang, et un médecin avait réuni les deux lèvres de l'incision par la suture. Je fis ôter les fils, je prescrivis des fomentations froides sur le cou, une saignée et le traitement antiphlogistique. Malgré une fièvre traumatique très-intense, un pouls fort et plein, la malade était dans l'état d'apathie le plus complet. Elle resta presque continuellement les yeux à demi-fermés et ne répondait à aucune question. Elle respirait, la bouche fermée, en partie par le nez, en partie par la plaie, qui laissait entrer et sortir l'air avec un bruit très-fort. Au bout de quelques jours, la plaie pâle, mollasse, prit un aspect défavorable; le tissu cellulaire voisin se gangréna; il se forma une suppuration claire qui coula en partie au dehors, en partie dans la trachée, et déterminait une toux continuelle sans expectoration. La saignée, les sangsues, et les divers moyens employés, n'eurent aucun succès; la malade resta avec le râle et dans un demi-coma, et mourut enfin, le quinzième jour de sa blessure. A l'ouverture du corps, on trouva que la plus grande partie du tissu cellulaire du cou avait été détruite. La trachée offrait des traces évidentes d'inflammation; les poumons étaient remplis de mucosités épaisses et visqueuses.

Souvent la perspective d'une heureuse guérison des plaies de la trachée ou du larynx est détruite par des accidens mortels qui se développent tardivement, au milieu du travail de cicatrisation.

L. Borchard, homme fort, âgé d'une trentaine d'années, se fit, en prison, avec un couteau bien tranchant, une plaie très-étendue du cou. L'incision, située entre le larynx et l'os hyoïde, s'étendait du muscle sterno-mastoïdien d'un côté à celui du côté opposé. Presque toutes les

parties situées entre ces muscles étaient divisées jusqu'à la paroi postérieure du gosier, de sorte qu'on pouvait explorer les deux bouts de la trachée et de l'œsophage divisés. Les deux carotides étaient exposées à la vue. Pendant qu'on l'apportait à la Charité, le malade perdit une quantité considérable de sang ; il était presque épuisé et à moitié privé de l'usage de ses sens, lorsqu'on entreprit, avec succès, de réunir cette épouvantable plaie ; ensuite on appliqua un appareil contentif de la tête. (Boissons mucilagineuses; fomentations froides sur le cou; saignées locales et générales pour combattre l'inflammation consécutive.) Le quatrième jour et les deux suivans, les fils furent enlevés. La plus grande partie de la plaie était cicatrisée ; il ne restait plus qu'une plaie de la largeur d'un pois qui communiquait avec le larynx. Les bords de cette ouverture, qui suppuraient, se recouvraient de bourgeons charnus. Tout semblait promettre une heureuse terminaison ; le malade pouvait prendre quelques alimens de la consistance de la bouillie ; les boissons elles-mêmes ne passaient plus par la plaie, lorsqu'il s'établit deux points de suppuration tout près de celle-ci, de chaque côté de la trachée. Une partie de ce pus séreux s'écoulait continuellement dans la trachée et dans les bronches et était expectoré avec efforts. Malgré les incisions convenables, le pus s'infiltra en arrière entre les muscles du cou et entraîna la destruction du tissu cellulaire. Le traitement le plus attentif n'empêcha point les forces du malade de diminuer rapidement, et il fut emporté par des accès, plusieurs fois répétés dans le même jour, de fièvre intermittente pernicieuse. La plaie avait été faite le 23 mars, la mort arriva le 19 avril. — *Autopsie.* — La plaie était presque entièrement cicatrisée. L'œsophage n'avait plus qu'une ouverture de la largeur d'une lentille, et située à droite; celle de la trachée, de la largeur d'une petite fève, était située en avant. La cicatrice était presque entièrement saine ; la membrane muqueuse aux environs,

n'offrait aucune altération. Le tissu cellulaire, situé entre les muscles du cou et auprès de la trachée, était de couleur gris-cendré et infiltré. Le poumon gauche était friable, gorgé de sang; à sa partie inférieure et postérieure existait une vomique de la grosseur d'une noix. Le poumon droit et le cœur étaient sains, mais décolorés et vides de sang. Dans l'abdomen on trouva la tunique muqueuse de l'estomac rouge; l'épiploon était, en plusieurs endroits, épaissi, induré, et passé çà et là à l'état de la suppuration; il se trouvait uni, soit avec les intestins, soit avec d'autres viscères, par des fausses membranes très-solides.

De même qu'une plaie du cou peu grave peut devenir dangereuse par suite d'une complication également peu grave et accidentelle, de même la guérison peut suivre une plaie dangereuse par elle-même, bien qu'un état morbide des plus graves s'y associe. Sous ce rapport, le cas suivant est important, puisque le malade fut rendu à la santé malgré la pourriture d'hôpital.

P. Frey, ouvrier, âgé de 32 ans, se fit, au devant du cou, avec un couteau à couper le pain, une incision transversale de six pouces. L'instrument pénétra entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, et divisa le ligament hyo-thyroïdien, de sorte qu'on aurait pu introduire le doigt dans les voies aériennes. Les secours que l'on porta au malade immédiatement après son suicide, consistèrent dans une saignée et l'établissement de plusieurs points de suture qui furent enlevés parce qu'ils ne réunissaient que les bords de la peau. Le rapprochement des bords de la plaie extérieure fut fait à l'aide des bandelettes agglutinatives. L'état du malade devint très-satisfaisant les jours suivans, sous l'influence d'un traitement réfrigérant. La plaie de la saignée s'étant enflammée, on y appliqua des sangsues. Celle du cou se gonfla et devint rouge; on eut recours également aux sangsues. D'abord la suppuration fut de bonne nature, mais tout-à-coup la plaie prit un vi-

lain aspect, la pourriture d'hôpital s'en empara ainsi que de celle de la saignée. Des applications de sangsues et le chlorure de chaux, et à l'intérieur quelques purgatifs, écartèrent le danger. Les plaies se détergèrent, de nouveaux bourgeons se développèrent, et la cicatrisation marcha rapidement. Avant que la guérison ne fût parfaite, le malade fut pris d'une inflammation du poumon qui nécessita l'emploi des saignées. Plus tard, quelques symptômes gastriques furent combattus par un vomitif, et enfin le malade fut complètement guéri.

Dans le cas suivant, le suicide fut tenté avec une sorte de rage.

Walburg, veuve, âgée de 60 ans, faible et irritable, se coupa, dans un accès de fièvre, la trachée au-dessous du larynx dans sa totalité, et l'œsophage en grande partie. La plaie s'étendait presque d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre. Un sang écumeux remplit toute la bouche, quoiqu'aucun gros vaisseau n'eût été ouvert. La respiration était râlante, la malade presque sans connaissance; malgré les secours qu'on lui porta, elle mourut au bout d'une heure. — A l'autopsie, on trouva que l'incision comprenait la trachée et l'œsophage, et que le couteau avait atteint jusqu'à la colonne cervicale. Une seconde plaie, sans doute la première que la malade se fit, intéressait le cartilage thyroïde.

Le fait suivant n'est pas moins intéressant pour les chirurgiens et les psychologistes.

La femme Wendel, âgée de 63 ans, était atteinte depuis long-temps de mélancolie et préoccupée de certaines idées fixes. Celle qui régnait le plus impérieusement chez elle, c'est qu'elle avait un rétrécissement de l'anus qui s'opposait à l'évacuation des matières fécales. Elle crut, en conséquence, qu'il était nécessaire de pratiquer une autre ouverture; et, pour donner une libre voie aux matières, elle se coupa le cou avec un couteau. Trois jours après le sui-

cide, l'ouverture de la peau avait un pouce et demi et était située au milieu de la moitié supérieure du cou. L'air entrait et sortait en sifflant par une ouverture de la trachée, située entre le cartilage thyroïde et le cricoïde et qui pouvait admettre le petit doigt. L'intérieur de la plaie avait un vilain aspect; le tissu cellulaire était gangréneux, il s'était formé une fusée de pus qui nécessita une incision de plusieurs pouces. Les parties situées aux environs de la plaie, étaient profondément colorées en rouge livide. La physionomie de la malade annonçait un grand degré d'exaltation; les yeux étaient brillans, les joues rouges, le pouls fébrile; cependant elle se laissait aborder facilement. Le traitement fut antiphlogistique; on n'appliqua aucun bandage; l'incision, récemment pratiquée, fut recouverte de charpie pour absorber le pus, et l'on fit des fomentations pour hâter la séparation du tissu cellulaire mortifié et favoriser la formation des bourgeons. Malgré trois saignées, la malade était extrêmement agitée le sixième jour; le visage était rouge, les yeux étincelans, la respiration pénible, les idées confuses. De jour en jour les forces s'abattirent, les traits s'effilèrent, les yeux devinrent plus languissans, le teint pâlit, toute la plaie prit une couleur gris-cendrée, etc. La mort arriva le huitième jour. — *Autopsie.* — Extérieurement le cadavre présentait au cou une large plaie en forme de T; la portion transversale de cette plaie pénétrait dans la trachée, la portion verticale était une dilatation destinée à l'écoulement du pus. Après avoir divisé et renversé la peau, on remarqua, dans les muscles peaucier et sterno-mastoïdien, et dans le tissu cellulaire, dans une étendue d'un pouce autour de la plaie, une coloration en vert obscur. Entre les deux muscles sterno-mastoïdiens existait une vaste cavité vide, dont les parois étaient d'un gris verdâtre. Le fond de cette cavité descendait jusques auprès de la partie supérieure du sternum, mais ne communiquait pas avec le médiastin antérieur. Le corps

thyroïde était également coloré en vert, mais il n'était ni dégénéré, ni augmenté de volume. En examinant avec soin la trachée, on trouva une double incision, dont l'une pénétrait transversalement à travers la membrane crico-thyroïdienne, et, du côté gauche, à travers la partie inférieure du larynx jusqu'à la paroi postérieure. Le ligament inférieur de la glotte, du côté gauche, était ulcéré. La surface intérieure du larynx, comme celle de la trachée, était recouverte par un peu de mucus visqueux; les veines et les artères de gros calibre du cou étaient intactes. Il est bon de noter qu'il existait à droite un muscle anormal *hyo-claviculaire*, situé entre les muscles sterno-mastoïdiens.

Le cas suivant se termina heureusement malgré le pronostic le plus défavorable.

J. C. Huth, domestique, âgé de 27 ans, était, comme il le raconta lui-même, sujet à des idées tristes; la vie lui paraissait une calamité et la mort une chose douce. En conséquence, il chercha à se tuer en se coupant le cou, mais il échoua dans son projet. La plaie traversa toute l'épaisseur des tégumens et pénétra entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde jusqu'au pharynx dont la paroi antérieure fut divisée. L'air extérieur communiquait avec la trachée; l'écoulement de sang fut peu considérable. Après avoir enlevé les caillots sanguins, on pratiqua deux points de suture; le malade étant fort, on lui tira une livre et demie de sang, ensuite on fit des fomentations froides et on donna une émulsion à l'intérieur. Vers le soir, la fièvre s'alluma, une toux d'irritation tourmenta le malade, la déglutition était très-difficile, et cependant la soif était très-vive. Nouvelle saignée d'une livre et demie et lavement pour combattre la constipation. Une troisième saignée, le jour suivant, produisit une amélioration dans l'état du malade. Les jours suivans commença le travail de cicatrisation; la réunion marcha rapidement et était complète avant la fin du mois. Deux abcès qui se formèrent au bras, retinrent encore le malade quelque temps à l'hôpital.

L'observation suivante nous offre la guérison merveilleuse d'une plaie énorme du cou, qui avait divisé la trachée et l'œsophage.

Nicolas Kaempf, âgé de 36 ans, de stature moyenne et de constitution bilieuse, était atteint depuis plusieurs années de mélancolie; à la suite d'une querelle avec sa femme, il se plongea un couteau dans le côté gauche du cou, et le retira en lui faisant couper une grande étendue de parties. Le sang coula si abondamment, qu'il tomba par terre sans connaissance. On l'apporta à la Charité quelques heures après son suicide. Il avait alors repris l'usage de ses sens; il était très-pâle; le pouls était petit, faible et très-fréquent. La plaie, qui s'étendait à la plus grande partie de la face antérieure du cou, surtout à droite, avait quatre pouces de long. Elle était située au milieu du cou, au-dessus du larynx, atteignait jusqu'à l'extrémité supérieure du muscle sterno-mastoïdien, et était parallèle à la mâchoire inférieure. En faisant incliner la tête à gauche, on apercevait jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Le larynx était séparé latéralement de l'os hyoïde, et l'on sentait avec le doigt la glotte et l'épiglotte. Le sterno-mastoïdien du côté droit était en partie divisé, et cependant la carotide n'était point lésée. On la voyait comme disséquée dans la plaie, et l'on pouvait la prendre entre les doigts et sentir ses pulsations. L'hémorrhagie avait été fournie par les vaisseaux de la peau et du larynx. L'air passait en sifflant par la plaie; le malade ne proférait que des sons articulés; mais on pouvait comprendre ce qu'il disait lorsque sa tête était inclinée à droite. Dans cette dernière position, la plus grande partie des boissons passaient dans l'estomac; autrement elles sortaient par la plaie. Aucun bandage ne fut appliqué; on fit des fomentations froides sur le cou; un infirmier fut chargé de tenir la tête continuellement inclinée à droite. Les trois premiers jours se passèrent sans événemens remarquables. Malgré les applications réfrigé-

rantes, la suppuration s'établit de bonne heure : les bourgeons prirent un développement excessif. Instinctivement le malade tenait toujours sa tête à droite. Au bout de huit jours la plaie était considérablement diminuée, les bords de l'incision du larynx étaient déjà en contact. Le 14.e jour, il ne sortait plus que quelques alimens liquides par la plaie. Après la troisième semaine, il ne restait plus qu'une petite ouverture qui se ferma enfin. Cet accident fut très-utile au malade, car il le guérit de sa mélancolie.

Le cas suivant vient se placer parmi ceux de plaies pénétrantes de la trachée et de l'œsophage, car on y voit la perforation de ces parties causée par la dégénérescence gangréneuse des parois d'un abcès situé dans cette région.

W. Lehmpuhl, âgé de 33 ans, fut pris, sous l'influence d'une affection fébrile, d'un gonflement douloureux du cou et de la joue droite, qui rendait la parole et la déglutition difficiles. Cet état durait depuis trois semaines, lorsque le malade entra à la Charité. La peau qui recouvre le côté droit du cou était d'un rouge livide; au-dessous d'elle était une collection de pus qui suintait à travers deux petites ouvertures. Une sonde pouvait être dirigée dans toutes les directions entre la peau et les muscles du cou. Malgré les moyens tant internes que chirurgicaux qui furent employés, la mortification du tissu cellulaire parut faire des progrès. La respiration devint de plus en plus pénible, et la plaie donna issue à de l'air qui sortait avec un bruit caractéristique, et à une partie des liquides que le malade buvait. Il était évident que la trachée et l'œsophage communiquaient avec l'abcès. Une chose digne de remarque, c'est que le malade offrait d'une manière frappante l'aspect d'un cholérique : traits amaigris, couleur de la peau gris-cendré nuancé de bleu, comme dans le choléra asphyxique ou dans un accès prolongé d'épilepsie, torpeur, état de mort apparente. Il fallut pratiquer une longue incision oblique de bas en haut et d'avant en arrière, en suivant la direction

du sterno-mastoïdien droit, pour donner issue à une grande quantité de pus clair et sanieux, et au tissu cellulaire mortifié. Tout le tissu cellulaire du cou était détruit, la trachée et l'œsophage en étaient dépouillés. En explorant l'apophyse mastoïde avec le doigt, on reconnaissait qu'elle était dénudée. L'ouverture de la trachée et celle de l'œsophage n'étaient pas visibles, mais il est probable qu'elles avaient leur siége à la paroi postérieure de la première et à l'antérieure de la seconde, dans un point élevé. Il se forma encore dans la moitié droite du voile du palais, à la suite d'un petit gonflement de cette partie, un trou qui était l'orifice d'un canal communiquant avec la cavité de l'abcès. Peu de temps après que l'incision eût été faite, il se déclara dans toute la surface de la plaie et dans celle de l'abcès une hémorrhagie abondante qui faillit faire périr le malade. On s'en rendit maître en remplissant de charpie la cavité saignante, en faisant des applications froides, etc. Après cet accident, l'état du malade s'améliora, la coloration livide de la peau, et particulièrement du visage, disparut; ses yeux se ranimèrent. Il commença à trouver de la saveur aux boissons et aux alimens solides; la vaste cavité se couvrit de bourgeons charnus, ainsi que l'apophyse mastoïde; les bords de la peau se rapprochèrent; les boissons cessèrent de couler par la plaie, etc. Bientôt l'abcès fut complètement guéri. Maintenant on s'aperçoit peu de l'énorme déperdition qui a eu lieu. Par l'effet de la cicatrisation, la peau des côtés du cou a été attirée en avant. A un pouce à droite de la trachée, on aperçoit une cicatrice étroite, longue et large comme le doigt. Toute cette maladie, avec l'entière guérison, ne dura que six semaines.

Les observations qui suivent offrent plus d'intérêt pour le médecin psychologiste que pour le chirurgien. Cependant on y voit qu'aucune n'offre l'exemple d'une terminaison par première intention, bien que l'âge des malades soit très-varié; qu'on ait réuni avec soin les bords de la plaie par

la suture et les agglutinatifs, et qu'on ait employé les applications réfrigérantes. Cette terminaison doit être attribuée en partie à l'état moral des malades, en partie à la laxité de la peau du cou qui favorise l'infiltration du sang dans les tissus sous-jacens, et s'oppose à sa réunion immédiate (1).

Honoré Jabert, âgé de 26 ans, de tempérament sanguin-mélancolique, religieux jusqu'au fanatisme, se fit, avec un canif, une plaie du cou longue de trois lignes, au côté gauche du cartilage thyroïde, et une autre d'un huitième de pouce sur le sein gauche. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il était tourmenté de l'idée qu'on allait le pendre. On lui fit une saignée de bras. Les deux plaies et celle de la saignée s'entourèrent d'une auréole rosée et suppurèrent. Il fut nécessaire de dilater les premières. La guérison eut lieu lentement.

Guillaume Puschinsky, âgé de 44 ans, athlétique, fut apporté à la Charité, dans le *delirium tremens* : dans l'ivresse; il s'était fait trois plaies au cou. La plaie supérieure avait deux pouces de long; elle était située au-dessous du larynx, et s'étendait depuis le bord du sterno-mastoïdien jusqu'aux environs de l'os hyoïde. Les deux autres, plus petites, étaient situées plus à gauche, entre le sterno-mastoïdien et le larynx. La trachée et les gros vaisseaux étaient intacts. Il y avait en outre une plaie pénétrante sur les limites de la région épigastrique, entre l'appendice xiphoïde et les fausses côtes droites. Elle avait trois-quarts de pouce de longueur, divisait les tégumens obliquement, et aurait pu admettre le bout du doigt. Avant son entrée à l'hôpital, le malade avait déjà perdu quelques livres de sang, et l'hé-

(1) Nous avons cru devoir beaucoup abréger les observations suivantes ; mais nous avons conservé tout ce qui a rapport à la chirurgie : les coupures n'ont porté que sur ce qui concerne les causes morales du suicide.

morrhagie coulait encore. Cependant il n'était point affaibli par cette perte de sang; le visage était rouge, le pouls était plein. Les plaies furent recouvertes de glace, et on prescrivit à l'intérieur des moyens rafraîchissans. Il passa la nuit dans un délire tranquille. Le délire persista. Le troisième jour, vers midi, il fut pris d'un étranglement subit et mourut rapidement. L'autopsie n'offrit rien à noter.

Les cas où les voies aériennes ont été blessées sans être ouvertes, sont plus importans que ceux de simple plaie de la peau, parce qu'il en résulte une trachéite qui peut être mortelle.

Frédéric Hoepfner, âgé de 44 ans, entra à la Charité pour une plaie transversale du cou longue de quatre pouces, qu'il s'était faite avec un couteau dans un accès de *delirium tremens*. Le conduit aérien n'était pas ouvert; cependant l'incision intéressait une partie de l'épaisseur du cartilage thyroïde. Les gros vaisseaux n'étaient point lésés. On avait dû lier seulement une petite branche artérielle avant l'entrée du malade à l'hôpital. La plaie fut nettoyée des caillots sanguins, et réunie par deux points de suture; fomentations froides; saignée d'une livre; laxatif. Sous l'influence de ces moyens, l'état du malade s'améliora d'une manière remarquable. Cependant la plaie suppura; il se fit quelques fusées de pus. La guérison était complète au bout de huit semaines.

A. Zullchert, âgé de 50 ans, avait depuis long-temps des idées tristes. Dans un accès de mélancolie, il se fit de chaque côté de la partie supérieure du cou, une plaie longue de deux pouces, et dans le pli du bras une troisième plaie qui pénétrait jusqu'aux vaisseaux importans. Les plaies du cou, qui étaient superficielles, se cicatrisèrent au bout de quelques semaines, après avoir suppuré. Il fut retenu à l'hôpital, par la plaie du bras, depuis le 1.er mars jusqu'au 6 mai.

Lenando Herzog, âgé de 40 ans, hémiplégique et épi-

leptique, voulant se délivrer de la vie, se fit, au côté droit du larynx, avec un canif, moitié en piquant, moitié en coupant, une plaie qui était béante dans l'étendue d'un demi-pouce, mais n'intéressait aucune partie importante. Cette petite plaie fut traitée par la suture; mais elle ne guérit qu'après avoir suppuré.

Fr. Ranberg, âgé de 28 ans, reçut un coup de couteau qui lui fit une plaie de trois pouces, commençant au-dessous de l'oreille et se terminant près du larynx. Le couteau ne pénétra pas profondément; aucune partie importante ne fut divisée. Quoique les bords de la plaie eussent été exactement affrontés par la suture, la cicatrisation ne fut obtenue qu'au bout de quelques semaines, après suppuration.

A. Reichenbach, âgé de 51 ans, se fit au côté gauche du cou une plaie de trois pouces, qui commençait à un pouce au-dessous de l'apophyse mastoïde et se dirigeait horizontalement en avant jusqu'au bord interne du sterno-mastoïdien. Malgré la suture, le traitement réfrigérant, etc., une partie de la plaie suppura, et la guérison ne fut complète que dans la cinquième semaine.

F. Puhlmann essaya de se couper le cou, mais effrayé par la douleur, il appela du secours. A son entrée à la Charité, il offrit une plaie de la peau située entre le larynx et l'os hyoïde. Aucune partie importante n'était atteinte. La réunion fut opérée à l'aide de bandelettes agglutinatives. La guérison n'eut lieu qu'après suppuration.

C. Ludwig, âgé de 27 ans, essaya, dans un accès de mélancolie, de se couper le cou; mais il manqua son but, car il ne divisa que la peau. La plaie, longue de trois pouces, située au-dessus de la partie moyenne du larynx, fut exactement réunie au moyen de trois points de suture e de quelques bandelettes agglutinatives. Cependant la su. puration s'établit malgré les applications réfrigérantes.

l'emploi des sangsues et du traitement antiphlogistique. La guérison exigea quelques semaines.

Joachim Schroeder, âgé de 74 ans, se fit, avec un couteau ordinaire, une plaie transversale d'un pouce et demi, au-dessus du quatrième anneau cartilagineux de la trachée. Ce conduit n'étant point lésé, on réunit la plaie par la suture, on fit des fomentations froides et on pratiqua une saignée. Une seconde saignée fut nécessaire à cause de la forte constitution du malade. Malgré toutes les précautions possibles la plaie suppura et ne fut guérie qu'à la fin du mois.

Altrock, âgé de 57 ans, se fit une plaie de plusieurs pouces qui divisa la peau de la région du larynx, et intéressa légèrement les muscles. Trois points de suture, des agglutinatifs et des applications réfrigérantes procurèrent une réunion immédiate au milieu de la plaie, mais les deux extrémités suppurèrent. Le pus ne tarda pas à fuser sous le muscle sterno-mastoïdien du côté droit, jusqu'aux environs de la clavicule. Une contre-ouverture donna issue au pus. Le malade fut guéri au bout de sept semaines.

F. H. A. Oeschütz, âgé de 31 ans, se fit, avec un rasoir, deux plaies au milieu du cou. Ces plaies avaient deux pouces de long, elles mettaient à nu le cartilage thyroïde, mais elles n'y pénétraient point. Aucune partie importante, pas même l'artère thyroïdienne supérieure, n'était lésée. Au bras gauche, à l'endroit où l'on tâte le pouls, il y avait une autre plaie transversale de deux pouces qui divisait complètement la peau et le fléchisseur commun des doigts. Tout se passa, à peu de chose près, comme dans les cas précédens. Le malade était guéri au bout de six semaines.

Michael Marggraf, âgé de 64 ans, avait déjà, plusieurs années auparavant, essayé de se couper le cou. Dans un

moment d'ivresse il renouvela cette tentative, mais cette fois il réussit parfaitement, car il y trouva la mort. Il se fit au cou, avec un couteau à couper le pain, trois plaies, en faisant agir l'instrument plutôt en pressant qu'en coupant. L'une était située au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum, avait un pouce de longueur, mais n'intéressait que la peau. La seconde, située à la partie supérieure du cou, était également superficielle ; mais la troisième, située entre les deux autres sur la ligne médiane, avait divisé la trachée au-dessous de la glande thyroïde. La dernière plaie seulement fut réunie par la suture; mais toutes trois suppurèrent. Les forces du malade, qui d'ailleurs était phthisique, s'affaiblirent rapidement, il fut pris d'une diarrhée colliquative, et mourut deux mois après son entrée à l'hôpital.

Fr. Thiele, âgé de 41 ans, se fit au cou une plaie de deux pouces, étendue de l'angle de la mâchoire vers le larynx. Il n'atteignit ni le larynx, ni aucun vaisseau important. Malgré la réunion exacte obtenue à l'aide de la suture, malgré le traitement le plus convenable, la plaie suppura. D'ailleurs les idées sombres qui avaient porté le malade à cet acte de désespoir agissaient toujours sur son moral. Ses forces diminuèrent. Il se forma un vaste abcès dans la région du grand trochanter, et le malade mourut dans le marasme. L'autopsie ne fut pas faite.

Des faits qui précèdent et de beaucoup d'autres observations que j'ai faites sur les plaies du cou, on peut tirer les conclusions suivantes :

Les plaies simples du cou qui n'intéressent que la peau, guérissent très-rarement par première intention. Les plaies du cou, lors même qu'elles ne pénètrent point dans les voies aériennes, peuvent causer la mort par la suppuration du tissu cellulaire et par les fusées de pus.

Les petites plaies pénétrantes des voies aériennes sont

souvent mortelles ; les larges plaies, qui divisent la trachée et l'œsophage, guérissent au contraire souvent.

La suture est inutile ; elle augmente l'irritation et l'inflammation et favorise l'écoulement du pus dans les voies aériennes.

La suture est très-nuisible dans les grandes plaies de la trachée. Le développement des bourgeons charnus rapproche les bords de la division.

La réunion de la peau par suture, par dessus une plaie de la trachée réunie également par suture, est un procédé qui doit être rejeté.

La réunion de la peau par dessus une plaie de la trachée non réunie n'est pas moins à rejeter, parce qu'alors le sang et le pus s'écoulent incessamment dans les bronches.

La coiffe, destinée à fixer la tête dans une position convenable, (*Koehlersche Mütze*) est un bandage nuisible et pénible à supporter.

Le meilleur traitement, à mon avis, est le suivant : Pour les plaies de la peau, une simple réunion avec les agglutinatifs. Dans les plaies qui intéressent la trachée ou le larynx, qu'elles soient petites ou étendues, point de bandage, des fomentations, l'abstersion fréqnente et exacte de la plaie ; au lieu d'appareil contentif deux bons infirmiers qui se relayent, et dont l'occupation continuelle est de modérer les mouvemens irréguliers de la tête. Traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur. Boissons mucilagineuses auxquelles on peut associer les narcotiques. Lorsque le premier danger est passé et que la suppuration s'est établie, il faut, dans les pansemens, disposer l'appareil de manière à ce que la plaie de la trachée reste toujours libre. Le pus doit toujours être éloigné de l'ouverture.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Perte de l'odorat; *Observation par le docteur Graves.* — J'ai donné dernièrement des soins, dit le docteur Graves, avec M. Barker, à M.***, ancien capitaine du corps des officiers, qui était hydropique. Il nous raconta que, lors de l'insurrection irlandaise en 1798, il fut informé que 500 piques étaient cachées dans l'un des marchés de la ville où il était, au fond d'une espèce de cloaque qui servait d'égoût à ce marché, et recevait toutes sortes d'immondices. Il présida au curage de ce cloaque où l'on trouva effectivement les armes cachées. Pendant cette opération il fut exposé aux émanations les plus fétides, et eut considérablement à souffrir de la puanteur. Le lendemain, il s'aperçut qu'il avait entièrement perdu l'odorat. Trente-six ans se sont écoulés depuis, et jusqu'à présent il est resté privé de ce sens. Il semble d'après ce fait que, de même que l'action d'une lumière intense produit l'amaurose, de même l'influence d'une odeur extrêmement forte produit une affection analogue de l'appareil nerveux olfactif. (*Dublin Journal*, N.° 16).

Affections chroniques du larynx, suite de syphilis; mort par suffocation. — Le 24 juillet 1832, fut reçu à l'Hôtel-Dieu un homme d'une constitution forte et robuste, à qui, plusieurs années auparavant, une affection vénérienne consécutive avait détruit la cloison nasale et une partie des narines. Depuis cette époque, sa respiration était restée un peu sifflante, surtout après un exercice violent. Lors de son entrée, son état était le suivant : Toux fréquente, due à un rhume contracté depuis trois semaines; sifflement de la respiration très-fort depuis la même époque; à chaque inspiration le larynx était porté fortement en avant; crachats abondans, presque purulens, nageant dans un liquide clair et couverts en partie de spume blanchâtre; pouls à peine fréquent; appétit conservé. Le nez était écrasé, l'extrémité sternale de la clavicule droite tuméfiée; sur les côtés du cou existaient des cicatrices placées un peu plus bas que ne le sont ordinairement les cicatrices scrofuleuses, et attribuées par le malade à la syphilis; les battemens du cœur s'entendaient à leur place et avec leur rhythme ordinaires; point de battemens ni de soulevemens insolites dans la poitrine; aucun signe de tubercules. Le doigt, porté profondément dans le gossier, ne sentait aucune tuméfaction, l'œil n'y distinguait rien; le bruit respiratoire était net, un peu faible

et masqué en partie par le sifflement ; le malade indiquait spécialement le larynx comme le point où lui semblait exister l'obstacle au passage de l'air. Le premier jour, deux applications de sangsues lui furent faites sans qu'elles amenassent aucune amélioration ; il en fut de même des frictions mercurielles pendant plusieurs jours. Le 23, respiration ronflante, ne se faisant qu'avec les plus grands efforts; voix rauque, pouls plein, résistant ; figure nullement violacée ; saignée de 12 onces ; 12 sangsues aux larynx ; ventouses sèches à la partie supérieure de la poitrine. Ce traitement, répété le lendemain, produisit du soulagement, mais qui fut de courte durée ; les accidens s'aggravèrent, et le 29 il y avait suffocation extrême ; respiration très-laborieuse, bruyante, s'entendant du bout de la salle ; crachats nombreux ; pouls très-dur, saignée de deux palettes, ventouses sèches, sinapismes. Mort presque subitement, et asphyxie dans la nuit.

Autopsie. — L'extrémité sternale de la clavicule droite était considérablement tuméfiée, sans nulle trace de fracture ni de luxation ; le larynx offrait des altérations remarquables. Le diamètre transversal de la glotte était rétréci de moitié par le gonflement des cordes vocales ; il en était de même du diamètre du larynx par suite de l'épaississement des parois droites des cartilages thyroïde et cricoïde : ce dernier était ossifié et offrait une ulcération profonde, large de cinq lignes, formant une poche dans laquelle était enchâssée et libre une portion ossifiée et nécrosée du cartilage cricoïde, du volume d'un gros pois et de forme conique, le fond de l'ulcère grisâtre, à bords élevés, s'étendait de la base du cartilage cricoïde à celle des cartilages arythénoïdes, sauf un peu d'engouement ; les poumons n'offraient aucune altération. (H. L. Thomas. *Propositions*. Thèse. Paris 1833. N.° 97. Pag. 12).

Invagination intestinale. — Tison, Julien, âgé de 42 ans, ancien militaire, entre à l'hôpital Cochin au mois de décembre 1830, et pendant quatre mois y fut traité comme étant affecté d'une maladie du foie. Les antiphlogistiques et les fondans (pil. de savon, eau de Vichy, purgatifs doux), furent tour-à-tour employés, et soulagèrent également le malade ; mais l'amélioration ne fut toujours que momentanée. Voici l'état où il était au mois d'avril, et ce qu'il nous raconta sur ce qui l'avait précédé : depuis l'âge de dix ans il était sujet à des coliques, avec alternative de constipation et de diarrhée. Militaire, il lui était arrivé plusieurs fois d'avaler des balles de plomb pour faire cesser une constipation trop opiniâtre : toutefois sa santé paraissait encore assez bonne, et ce n'est que la trop grande intensité des coliques, suivies de vomissemens bilieux abondans, qui avait pu le forcer à entrer à l'hôpital. Pendant le long cours de ses souffrances, on lui a appliqué, dit-il, quinze à vingt fois des sangsues à l'anus ou

sur le ventre. Du reste, dans ce moment son teint est un peu jaune, ses conjonctives approchent de la même couleur. Il se plaint de l'hypochondre droit, où le toucher fait percevoir une certaine résistance, et où la pression développe un peu de douleur. Son ventre est, comme d'habitude, volumineux et distendu par des gaz; il est alternativement constipé et diarrhéique, avec borborygmes et coliques irrégulières, mais plus fréquentes la nuit que le jour. Son embonpoint est ordinaire, sa langue naturelle, il n'y a pas de fièvre. On continue les fondans, mais sans allègement dans les souffrances du malade qui, chaque matin, recommence de nouvelles plaintes que rien ne semble justifier, à part le léger gonflement et le météorisme du ventre, dans lequel l'exploration, du reste, ne fait rien découvrir d'anormal.

Le pouls a une force et une fréquence naturelles, et le quart et la demi-portion peuvent être supportées. Au bout de quinze jours on revient aux antiphlogistiques (sangsues à l'anus, deux fois; diète; cat.; bains de siège). Amélioration, mais toujours passagère : ainsi, au bout d'un mois, mêmes coliques, même état de constipation et de diarrhée, et de plus, à la suite des efforts considérables de la défécation, selles sanguinolentes. Les lavemens produisant peu d'effet, on donne deux grains de calomel qui sont suivis d'évacuations alvines abondantes et d'un soulagement prononcé, mais pas plus durable que le précédent. Le 3 mai, la colique ayant été plus forte la nuit, le malade demande du calomel; il en prit quatre grains, mais sans obtenir de selles; il y eut au contraire augmentation des coliques, et même de fréquentes envies de vomir. Le 4, face altérée, yeux caves et cernés, et endolorissement général du ventre, qui est plus volumineux, plus tendu, plus ballonné, et résonne par la percussion tout autour de l'ombilic, mais donne un son mat latéralement et dans les flancs. Accélération et dureté du pouls; toujours point de selles. (Saignée, bains de siège, cat., lav., diète). Le 5, pas de soulagement; coliques plus vives, plus rapprochées; tiraillement douloureux dans tout l'abdomen, plus météorisé; hoquets et vomissemens fréquens de matières verdâtres; toujours point de selles. (Saignée de deux palettes; trente sangsues sur le ventre). Le 6, persistance des hoquets et des vomissemens, météorisme extrême, face grippée, regard éteint, mouvemens avec borborygmes sonores dans les circonvolutions intestinales. Ce jour là, en palpant le ventre, on découvre, dans la fosse iliaque et le flanc gauche, une tumeur dure, alongée, cylindroïde, tout-à-fait mate à la percussion, et paraissant avoir un volume considérable. (Le malade indique avec la main, comme siège de ses souffrances depuis trois jours, le trajet du colon, à partir du cæcum jusqu'à la fosse iliaque gauche). Le 7 au matin, la mort arrive précédée d'un refroidissement très-grand des extrémités.

Autopsie. — Le crâne n'est point ouvert. Les organes contenus dans

le thorax sont sains. Il y a une légère hypertrophie concentrique du ventricule gauche. — *Abdomen.* Traces d'une violente péritonite; rougeur générale de la surface péritonéale, allant en quelques points au rouge violet foncé; fausses membranes molles et récentes, un épanchement de plusieurs livres d'une sérosité jaunâtre et trouble, agrandissement et distension insolite du paquet des intestins grêles; le cœcum, le colon ascendant, l'arc du colon, ne se trouvent pas dans leurs places accoutumées; à gauche, on remarque une tumeur cylindroïde, dure, solide au toucher, du volume du bras d'un adulte, de sept pouces de long, formée extérieurement par la fin du colon descendant et l'S iliaque prodigieusement distendue, et ayant six pouces de circonférence; et intérieurement, en allant de haut en bas, par l'arc du colon, le colon ascendant et le cœcum renversé, et une portion de la fin de l'intestin grêle, accompagnée des replis péritonéaux qui servent d'attache à ces viscères. De cette disposition résultent trois parois d'intestins superposées, successivement de dehors en dedans, une surface séreuse libre, deux surfaces muqueuses en contact l'une avec l'autre, et entre lesquelles existait une grande quantité de matière muqueuse, blanchâtre, très-épaissie (comme de la gelée), puis deux surfaces séreuses également en contact, et adhérentes entre elles en quelques points, au moyen de fausses membranes récentes; enfin une surface muqueuse centrale, constituée par la cavité de l'intestin grêle qui répond à l'extrémité supérieure de la tumeur, tandis que le cœcum se trouve à son extrémité inférieure : du reste, l'invagination était telle, qu'il a fallu inciser les parois intestinales pour pouvoir les dédoubler. Cette opération terminée, on put voir deux pieds d'intestin dans cette incarcération, à parois épaissies, d'un rouge foncé et dégouttantes de sang. En outre, sur la valvule cœcale existaient plusieurs végétations d'un rouge livide formées par des tumeurs arrondies, dures, résistantes, rétrécissant l'orifice de communication, au point que le doigt indicateur avait peine à y pénétrer. L'estomac est sain; le calibre des intestins grêles augmente graduellement de haut en bas, de manière à présenter trois, quatre, cinq pouces de circonférence; leur longueur paraît, en revanche, fortement diminuée; leurs parois, loin d'être amincies, sont plus résistantes, plus épaisses; elles contiennent une grande quantité de matière fécale d'un gris-rougeâtre, et pulpeuse comme de la bouillie : la muqueuse y est d'un rouge livide, autant par injection que par une sorte de transsudation sanguine; les valvules conniventes ont doublé de volume; enfin, près du commencement de l'invagination et dans l'étendue d'un demi-pied, existent cinq ou six taches brunes ou noirâtres, véritables escharres, qui sont sur le point de se détacher, mais qui n'établissent pourtant aucune communication entre la cavité du péritoine et celle de l'intestin. La fin du gros intestin »

depuis la tumeur, contient quelques bols de matière fécale endurcie et souillée par du sang; son calibre est naturel, ses parois saines. Le foie et les autres viscères abdominaux sont dans leur état naturel. (Greuzard, L., *Propositions de médecine*. Thèse. Paris, 1833, n.° 299).

Guérison spontanée d'une ascite chronique; *par le docteur Graves*. —Une dame de Dublin était affectée d'ascite depuis huit ans; son ventre était plus volumineux que chez une femme au neuvième mois de la grossesse. La fluctuation était évidente; l'abdomen n'était ni douloureux, ni sensible à la pression; la santé générale était bonne, et le seul inconvénient de la maladie résultait du poids du liquide. La cause de cette maladie ne put être découverte. La malade ne fit aucun traitement. Pendant la dernière année, le volume du ventre n'augmenta pas sensiblement. Six mois avant l'époque de la publication de ce fait, les règles, qui avaient été constamment régulières mais très-peu abondantes, devinrent tout-à-coup extrêmement copieuses; elles reparurent plus fréquemment et durèrent plus longtemps qu'à l'ordinaire. Il survint en même temps une diurèse extrême, l'urine s'écoulait à de très-courts intervalles. L'abdomen diminua de volume d'une manière très-rapide. La malade se sentit très-affaiblie. On prescrivit un vin généreux et un bandage autour de l'abdomen. Au bout de quelques jours il s'établit des sueurs nocturnes. La diminution du ventre fit des progrès, et quinze jours après l'apparition de la diurèse, il n'y avait plus de trace de l'ascite. Les tégumens de l'abdomen étaient flasques et pendans. Bientôt tous les phénomènes anormaux indiqués se dissipèrent, la menstruation reprit ses conditions habituelles; enfin sous l'influence d'un bon régime, cette dame recouvra toute sa santé. (*Dublin Journal*, N.° XVI).

Thérapeutique.

Affection du cœur exaspérée par le traitement antiphlogistique, et guérie par l'emploi du sous-carbonate de fer; *obs. communiquée par le docteur Pigeaux*. —Jusqu'à l'âge de 20 ans, Durieu n'avait jamais éprouvé de palpitations ni de gêne dans la respiration, lorsque, dans le courant de décembre 1829, il fut pris, sans cause connue, d'un violent point dans le côté gauche de la poitrine, aux environs de la région précordiale. Il fut saigné, et bien que l'évacuation sanguine eût été fort ordinaire, il éprouva une lipothymie dont on eut assez de peine à le faire revenir. Les jours suivans le trouble général s'accrut, la respiration s'embarrassa, il éprouva de la céphalalgie avec des élancemens ou des espèces de secousses convulsives dans le cerveau; la douleur du côté prit une nouvelle extension. Des sangsues sur le côté douloureux furent mises à plusieurs reprises, sans soulagement bien évident. Alors seulement on s'aperçut qu'il avait d'assez

fortes palpitations. Sans tenir compte des antécédens, de nouvelles saignées et d'autres sangsues furent mises en usage pour arrêter une affection qui semblait née sous leur influence, ou qui du moins n'avait pas été favorablement modifiée par suite de leur application. Aussi, dit le malade, après 20 jours de ce traitement débilitant accompagné d'une diète rigoureuse, il ne m'était plus possible de monter deux degrés d'un escalier, tant les battemens de mon cœur étaient forts et précipités (120 au moins par minute). Les secousses convulsives et douloureuses perçues dans le cerveau à chaque soubresaut du cœur devinrent si fréquentes qu'on fût obligé de coucher Durieu dans une position tout-à-fait horizontale, pour faire cesser les éblouissemens et les pertes de connaissance dont elles s'accompagnaient. Par suite de l'insuccès de ce genre de médication, on eut alors recours aux antispasmodiques. La valériane, la digitale, les fleurs d'oranger et de tilleul furent successivement employées avec un égal insuccès. Alors arguant de l'inefficacité des médications employées, on prononça le nom d'anévrysme, maladie regardée comme incurable, et l'on se borna à conseiller un régime des plus austères, dont la base fut l'eau pure, un peu de légumes herbacés et du lait; par extra, le poisson fut quelquefois toléré, la viande et le vin étaient proscrits. Craignant ensuite d'avoir trop accordé aux désirs du patient, on convint (ce qui fut fidèlement exécuté pendant plus de deux ans) de lui tirer huit à dix onces de sang tous les mois ou toutes les six semaines. « Après chaque saignée, sans exception, *j'étais toujours plus malade*, me dit le patient; mais une quinzaine après je commençais à me sentir renaître, j'éprouvais un mieux qui durait quinze ou vingt jours, puis mon pouls se relevait, ma respiration s'embarrassait, et la saignée de nouveau pratiquée faisait tomber mon pouls, diminuer la dyspnée; mais alors aussi les pulsations de mon cœur devenaient innombrables, en même temps que les secousses convulsives plus fréquentes, et le malaise général augmentait. » Enfin, la position du malade devenant de jour en jour plus précaire, on lui proposa, comme dernière planche de salut, le traitement de Valsalva. Ce traitement fut accepté, le malade voulait à tout prix sortir de sa position. Il fut condamné pour trois mois au repos absolu du lit, on lui fit *trente-deux saignées*, dont les premières, qui furent les plus fortes et les plus rapprochées, allèrent jusqu'à une livre et demie et deux livres. et les moindres ne descendirent pas au dessous de dix onces ou d'une demi-livre. On crut devoir seconder ces évacuations sanguines par de fréquentes applications de sangsues, et le nombre s'en éleva au moins de 200 à 250. La nourriture quotidienne du malade consistait en quelques cerises, quelques fraises, une pêche par hazard, une once de sucre et un petit-verre d'eau pure. Enfin, le médecin chargé de l'exécution de ce traitement jugea convenable d'y ajouter l'application d'une douzaine

de moxas sur la région précordiale. Sous l'influence de ce traitement, l'amaigrissement devint extrême, les forces progressivement décroissantes furent bientôt anéanties. Vers la fin des trois mois, à peine le malade pouvait-il lever le bras étendu sur son lit; les déjections se supprimèrent, l'excrétion des urines devint très-rare, elles étaient complètement décolorées. Les battemens du cœur s'affaiblirent, le pouls n'était plus qu'une espèce de frémissement insensible : une application de glace sur la région du cœur, faite en cette occurrence, faillit les supprimer entièrement; mais l'anxiété dont le malade fut saisi au bout de quelques minutes, en fit heureusement suspendre l'emploi. Les digestions commencèrent enfin à se détériorer, les fonctions de la peau se supprimèrent, la température sembla descendre au-dessous du type normal, alors semblable aux animaux à sang-froid, la moindre élévation du thermomètre donnait au malade une agitation, une anxiété difficiles à décrire. Le travail de la digestion le plongeait dans une torpeur profonde; l'affection du cœur paraissait cependant bien peu améliorée; elle semblait sommeiller plutôt qu'amendée; bientôt l'enflure des extrémités fit de tels progrès qu'on ne crut pas devoir porter plus loin l'expérimentation. On revint sur ses pas, et avec les forces on vit renaître les palpitations, les élancemens, les soubresauts et tout le formidable cortège de l'anévrysme!

Cependant le malade, justement effrayé de la position dont il sortait à peine, résolut de ne plus faire aucun traitement. Après trois ans de souffrance et de persévérance, il se mit à manger et à boire modérément, à prendre un exercice subordonné à la vigueur restreinte de ses jambes. Somme toute, il n'en alla pas plus mal : ses palpitations redevinrent ce qu'elles avaient été avant le traitement de Valsalva, la gaîté revint avec la facilité des digestions. La douleur perçue dans le côté gauche de la poitrine, depuis le début de la maladie, et qui s'était montrée réfractaire aux sangsues, à la glace et aux moxas, sembla vouloir se calmer. Il y avait déjà quatre ou cinq mois que le malade marchait dans cette voie d'amélioration, lorsqu'il voulut bien se confier à mes soins. Voici l'état peu satifaisant encore dans lequel je le trouvai.

Tout le système tégumentaire était décoloré, blafard, offrant par place cette teinte jaune-étiolée qu'on dit à tort exclusive aux cancers, et qui appartient à toutes les cachexies profondes. Le tissu cellulaire subjacent, infiltré dans certains endroits, imprimait à la figure ce cachet spécial qui distingue l'anévrysmatique de tout autre malade. Ses pieds et ses jambes s'œdématiaient pendant le jour pour reprendre, par le repos du lit, leur forme normale. La peau molle et flasque n'offrait pas la plus légère trace de poils; tous ils étaient disparus par une chute ou par une usure prématurée; les ongles eux-mêmes, sans consistance aucune, et friables à l'excès, manquaient en partie et n'of-

fraient plus à la pulpe des doigts qu'un appui illusoire ; les facultés de relation paraissaient intactes. Les digestions encore pénibles et incomplètes réagissaient puissamment sur les mouvemens du cœur dont elles troublaient l'harmonie. A l'auscultation, le cœur faisait entendre d'abord, au bas de la poitrine, au niveau du rebord des fausses côtes, un bruit faible, large et presque aussi clair que le bruit supérieur qu'on signalait entre la quatrième et la cinquième vraie côte, seulement un peu plus faible que d'habitude, sans impulsion. Le cœur dans son ensemble était bien évidemment plus bas que d'ordinaire ; était-ce sa position normale, ou bien avait-il été déprimé par l'épanchement pleurétique dont le retrait des côtes au niveau de cette région semblait annoncer la résorption antérieure ? C'est ce que je n'ai pu savoir, faute de diagnostic porté dans le cours de la maladie par les médecins qui ont donné les premiers soins à Durieu. La percussion complétait le diagnostic en venant nous révéler la présence du cœur à sa partie supérieure, à deux travers de doigt seulement au-dessus du teton gauche, depuis le milieu du sternum jusqu'à un demi-pouce seulement en dehors de l'auréole du mamelon, et en bas depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à quatre pouces et demi de cet endroit, en suivant la ligne oblique du rebord des fausses côtes. Au reste, les mouvemens du cœur, bien qu'un peu accélérés (80 à 85 par minute) étaient réguliers et sans mélange de bruits anormaux. Seulement par moment et à des intervalles fort variables, les mouvemens du cœur semblaient suspendus : instantanément alors venait un violent soubresaut ou une contraction convulsive des ventricules qui se faisait ressentir au cerveau d'une manière douloureuse.

En somme, tout exercice même modéré agitait le cœur, le troublait profondément, accélérait la respiration ; l'assiduité à l'étude était impossible.

Le diagnostic de l'état présent du malade était entouré de quelques difficultés, celui de l'état antécédent en avait davantage encore. Toutefois on pouvait à la rigueur admettre une pleuro-péricardite aiguë primitive, dont la résolution tardive et incomplète avait entraîné à sa suite tous les désordres consécutifs des fonctions du cœur signalés ultérieurement. Quoi qu'il en soit, l'altération locale et les troubles fonctionnels qui s'y rattachent étant connus, quelles étaient les indications à remplir ?

Les effets des médications précédemment employées me prescrivaient de ne les plus tenter. Les conditions sous lesquelles la maladie s'était améliorée, l'état général que présentait le malade, me mirent sur la voie du traitement que j'avais à suivre. L'anémie, la décoloration du sang et de la peau, me parurent le premier état qu'il fallait combattre. J'arrêtai le traitement suivant, qui fut commencé le 18 avril 1833. Le malade dut prendre tous les jours une à une, huit pilules

de sous-carbonate de fer (2 grains environ par pilule, 4 gros pour 100 pilules). Tous les deux ou trois jours un bain général avec addition de 4 onces à une demi-livre de sous-carbonate de potasse par bain. Régime, le même que suivait le malade depuis quatre mois; ajouter seulement un peu de vin étendu d'eau à ses repas. Au bout de huit jours il y avait une notable amélioration dans l'état général du malade : la respiration est moins gênée, les battemens moins fréquens, les intermittences et les soubresauts du cœur sont presqu'aussi nombreux. (12 pilules). Au bout de huit jours l'amélioration est plus marquée; l'appétit, très-prononcé, s'accompagne de moins d'excitation générale qu'avant l'usage du sous-carbonate de fer. Battemens du cœur très-ralentis (à peine 70 par minute). Les intermittences sont rares, la respiration facile; la progression, même ascensionnelle, offre moins de difficulté; la teinte blafarde de la peau commence à être remplacée par une coloration moins cadavéreuse; les chairs se raffermissent, les facultés génératrices semblent sortir d'une longue léthargie où elles étaient restées plongées depuis près de quatre ans; de fréquentes érections vinrent agiter le sommeil du malade de rêves érotiques dont il avait presque perdu la mémoire. A cette époque, une rapide élévation de la température, jointe à une pollution nocturne, semblèrent avoir arrêté tout court l'amélioration de la santé de Durieu; les intermittences et les soubresauts augmentèrent avec la gêne de la respiration, mais heureusement ce trouble fut passager, et l'augmentation brusque de la quantité de sous carbonate de fer absorbé en une journée sembla en avoir fait promptement justice.

Au bout d'un mois, la recoloration du sang et du système tégumentaire n'est plus équivoque; les forces récupérées étaient assez considérables pour permettre une herborisation dans le bois de Boulogne, avec l'allée et la venue, faites à pied. Néanmoins la tuméfaction des jambes avait encore lieu vers le soir. L'empreinte des bas et des jarretières témoignaient de la gêne de la circulation et de l'insuffisance de la réaction des parties inférieures. (Le malade prenait alors 25 pilules par jour ou un gros de sous-carbonate de fer). Cette quantité continuée pendant quelque temps sembla apporter avec elle une excitation générale qui avait dépassé le but qu'on s'était proposé d'atteindre. En effet, l'amélioration qui s'était suspendue reprit sa marche lorsqu'on eût réduit de moitié cette dose. Au bout de six semaines les jambes n'enflaient plus sensiblement, même après les plus longues courses : on peut actuellement compter les soubresauts douloureux du cœur; ils sont réduits à deux ou trois par heure. La face a repris une coloration, sinon animée, au moins presque naturelle; les ongles des pieds et des mains commencent à se raffermir et à devenir moins fragiles, les poils à pointer, surtout sur

le côté de la face. La percussion et l'auscultation, qui n'avaient jusqu'ici dévoilé aucune modification notable dans le centre circulatoire, annoncent actuellement un retrait sensible des cavités du cœur sur elles-mêmes; le son mat s'éloigne du milieu du sternum; il ne s'entend plus à gauche qu'au niveau du mamelon; en bas la diminution transversale du diamètre des cavités inférieures est encore plus considérable; il a environ dix-huit lignes de moins.

Alors les soubresauts ou mouvemens convulsifs du cœur paraissant le symptôme prédominant, le seul à-peu-près dont se plaignit vivement le malade, je crus devoir prescrire, à titre d'antispasmodique, l'oxyde de zinc. Mais, soit répugnance, soit disposition particulière, Durieu ne put jamais en prendre, même à des doses assez minimes, sans un trouble passager des digestions, sans que la respiration et la circulation n'en fussent notablement gênées; ce qui m'engagea à lui substituer, mais sans beaucoup plus d'avantage, ce qui m'avait cependant beaucoup mieux servi dans des cas analogues, un emplâtre d'extrait de belladone sur la région précordiale. Cependant j'avais cru, pour mieux juger de l'effet de ces différentes médications par leur isolement, devoir suspendre l'usage du sous-carbonate de fer; je pus voir alors clairement combien son emploi avait été favorable, et combien sa cessation était inopportune. En dix jours la teinte de la peau et du sang était notablement décrue, la gêne de la respiration et l'embarras de la circulation avaient, au contraire, repris une partie de leur intensité; l'œdème des jambes autour des malléoles commençait à reparaître, les digestions à se détériorer. Un prompt retour à notre première médication eut un résultat plus satisfaisant et plus rapide encore que la première fois. En quelques jours le retour de la maladie parut conjuré, les soubresauts eux-mêmes diminuèrent de fréquence et d'intensité. Enfin, après quelques alternatives de haut et de bas, successivement amenées, soit par de la constipation, soit par de mauvaises digestions ou par quelqu'excès dans la marche, et promptement éloignées par des moyens appropriés, Durieu arriva à pouvoir prendre, sans incommodité aucune, de 40 à 70 grains de sous-carbonate de fer, et à rester à cette dose jusqu'au 25 juillet 1833, époque où je l'examinai pour la dernière fois avant de l'envoyer passer ses vacances dans son pays. Il était alors dans l'état suivant qu'il est curieux de rapprocher de celui que j'ai décrit le 18 avril, c'est-à-dire, trois mois seulement avant. Après une course assez longue, Durieu peut monter environ cent degrés d'un escalier sans s'arrêter, sans être beaucoup plus essoufflé qu'une autre personne. La coloration de la peau et sa consistance sont naturelles; la respiration ne dépasse pas 18 par minute; elle est assez longue et tout-à-fait indolore; le pouls a la force et la fréquence normales; le bruit inférieur du cœur a repris sa gravité et ses limites ordinaires; le supérieur est

plus sec, plus clair; il est plus éloigné du précédent qu'au début de la maladie. Le son mat qui indique l'étendue transversale du cœur, offre à peine trois pouces d'étendue, terme moyen, du sommet à sa base. Mais le cœur est toujours resté déprimé dans la place qu'il occupait d'abord à la base du thorax. Les poils sont repoussés, les cheveux ont repris cette dureté qui annonce une grande résistance vitale; il y a des journées entières sans soubresauts du cœur, l'appétit est bon; tout semble enfin présager pour Durieu une guérison définitive. Il devra cependant encore quelques mois faire usage du sous-carbonate de fer, mais à doses décroissantes. Trois mois après j'ai revu Durieu, qui jouit de la plus parfaite santé; et l'agitation d'un procès aussi imprévu que malheureux, où il fut impliqué par suite de l'assassinat d'un élève d'Alfort, n'a pas encore démenti, un an après, le succès obtenu par les préparations ferrugineuses et par les soins hygiéniques heureusement combinés.

Anévrysme de l'artère sous-clavière droite traité par la ligature du tronc innominé ; *par le professeur Richard Wilmot Hall.* — Lot Jones, ouvrier, âgé de 52 ans, grand et athlétique, avait toujours joui d'une bonne santé. Vers les premiers mois de 1830, une tumeur pulsative se forma à droite, au-dessus de la clavicule, entre le sterno-mastoïdien et le trapèze. Douleur dans les parties environnantes; paralysie presque complète et œdème du bras. Le docteur Hall le vit le 1er septembre 1830. Son dos et ses épaules étaient couvertes par onze ulcérations dartreuses, superficielles, inégales, dont quelques-unes avaient un diamètre de plus de deux pouces. Ces ulcérations existaient depuis sept ans; quelquefois elles disparaissaient presque complètement pour reparaître plus étendues et plus irritables. La tumeur, située au-dessus de la clavicule, avait tous les caractères d'un anévrysme de l'artère sous-clavière; elle ressemblait à la moitié d'une grosse orange. La respiration et la déglutition étaient quelquefois douloureuses, mais moins gênées qu'on aurait pu le croire. Le pouls était fréquent et plein aux deux poignets. Le malade demandait instamment une opération quelle qu'elle fut, et il entra dans ce but à l'hôpital de Baltimore. La tumeur fut examinée par plusieurs médecins. Le docteur Hall proposa de mettre l'artère innominée à découvert avec soin, afin de voir si sa ligature était praticable. Dans le cas où l'artère eût été malade, on se serait borné à rapprocher les bords de la plaie.

Le 7 septembre, l'opération fut faite. Le malade fut placé sur une chaise, la tête légèrement renversée et le menton élevé. Une incision fut pratiquée sur la ligne médiane, depuis la partie inférieure du cartilage thyroïde jusqu'à la partie supérieure du sternum, et dirigée de ce dernier point à angle droit vers l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien. Le lambeau triangulaire fut disséqué. Les fascia super-

ficiel et profond du cou furent divisés avec soin jusqu'à la trachée. Le tissu cellulaire fut écarté avec le manche du scalpel dans la direction de l'artère innominée ; on repoussa de même les muscles applatis de cette région qui furent laissés intacts. Plusieurs glandes malades et d'un volume considérable se présentèrent alors. Aucun vaisseau, exigeant une ligature, ne fut ouvert, et à peine s'écoula-t-il une once de sang. En quelques secondes le doigt indicateur put se placer sur l'artère innominée. En arrière, le tissu cellulaire en fut facilement séparé, de sorte que le doigt put se placer derrière elle et au-dessous ; mais en avant, les parties étaient indurées et offraient des adhérences morbides. L'artère était manifestement malade et dilatée. Les adhérences furent détruites doucement avec le manche du scalpel. Aucun instrument tranchant ne fut porté auprès de l'artère, et dans la crainte qu'elle ne fût assez altérée pour se déchirer sous la pression de la pointe mousse de l'aiguille, le doigt indicateur fut porté avec précaution pour achever de la détacher des tissus voisins. Pensant avoir rempli ce but, l'opérateur retirait son doigt, lorsqu'il se fit un écoulement de sang vermeil, sans jet et sans sifflement obscur, d'abord peu abondant, mais presque aussitôt très-copieux. Le doigt fut porté de nouveau pour s'assurer d'où venait ce sang, et le docteur Hall crut qu'il sortait de la carotide qui probablement avait été rompue à son origine. On arrêtait l'hémorrhagie en comprimant l'artère innominée contre le sternum. Une ligature fut portée autour de cette dernière au moyen de l'aiguille de Weisse ; l'artère étant, à l'œil et au toucher, bien prise dans la ligature, celle-ci fut serrée. Tant que dura ce temps de l'opération, l'écoulement de sang fut suspendu, mais quand l'artère liée revint à sa place, il se renouvela. Le malade offrait les symptômes d'une syncope imminente ; il avait perdu environ six onces de sang. Un petit morceau d'éponge fut appliqué au-dessus de la ligature, un second et un troisième par dessus, afin de combler la plaie. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus par des points de suture. L'hémorrhagie cessa. Le malade, porté dans son lit, revint bientôt à lui. La plaie fut pansé à plat. Les battemens de l'artère sous-clavière et de la carotide du côté droit furent presque imperceptibles pendant deux heures ; ensuite ils augmentèrent graduellement et bientôt égalèrent ceux des mêmes artères du côté gauche. Alors le malade s'assit dans son lit, parla, but, et dit qu'il se sentait aussi bien qu'avant l'opération ; on le changea de linge et il dormit pendant une heure ; il but avec facilité un liquide nourrissant. A 11 heures du soir, pouls plein, sans dureté ; sommeil profond dans le décubitus sur le côté gauche ; point d'hémorrhagie ; respiration et déglutition peu gênées ; parole distincte.

Le 8, à 9 heures du matin, le sommeil a été bon ; aspect favorable ; pouls à 88 ; le malade s'assied sur le bord de son lit, prend un pur-

gatif léger. A cinq heures du soir, amélioration soutenue; même pouls; respiration et déglutition encore plus libres.

Le 9, sommeil pendant la plus grande partie de la nuit; pouls à 104, plein aux deux poignets. A 6 heures du soir, pouls à 106, plus tendu. (Saignée de quinze onces; potion purgative).

Le 10, sommeil encore meilleur; pouls à 108. (Potion purgative). Le malade se leva dans la journée, marcha beaucoup dans la salle, sortit dans la cour et même s'assit sur l'herbe. A cinq heures du soir pouls à 98, moins dur; le malade parle beaucoup trop et s'occupe déjà de son retour chez lui.

Le 11, même sommeil; pouls encore moins dur. A midi, pouls à 96; tendance au sommeil. Le malade, comme la veille, s'entête à marcher malgré la défense qui lui en avait été faite. A quatre heures, changement soudain : pouls à 134; anxiété; dyspnée; peau chaude; douleur vers le sternum; sérosité sanguinolente qui s'écoule de la plaie; déglutition difficile. Le malade meurt le 12, à quatre heures du matin, près de cinq jours après l'opération.

Autopsie, six heures après la mort. — Les éponges dont on avait rempli la plaie, étaient imprégnées d'une matière noire et fétide; la surface de la plaie était dans un état de putréfaction. Le ventre inférieur de l'omoplat-hyoïdien était couché immédiatement sur le milieu du sac anévrysmal. Le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien étaient enveloppés dans les adhérences morbides et ne purent être distingués. La veine jugulaire externe contenait beaucoup d'air. Le sternum ayant été enlevé et la clavicule sciée à sa partie moyenne, on trouva le tissu cellulaire situé sur le péricarde épaissi et enflammé. Le péricarde était un peu épaissi et adhérait en quelques endroits au cœur. La crosse de l'aorte était au moins moitié plus large qu'à l'état normal; son origine était intimement unie avec le péricarde, surtout du côté droit. Le cœur semblait être placé plus bas qu'à l'ordinaire dans le thorax. Les poumons, qui avaient une coloration normale, ne s'affaissèrent point à l'ouverture du thorax.

Toutes les parties autour de l'origine des gros vaisseaux étaient unies ensemble par des adhérences intimes. La veine innominée ne put être complètement détachée des tissus voisins. Un cordon blanchâtre s'étendait, de bas en haut, parallèlement au côté droit de la trachée; ce cordon ressemblait à l'artère carotide, mais il était plus près de la trachée, et, à la dissection, on vit qu'il était formé par une suite de petites glandes malades; d'autres glandes semblables étaient situées entre le sac et la trachée. La gaine de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne était épaissie et adhérente à ces deux vaisseaux; le nerf vague, à la partie inférieure du cou, était aussi compris dans les adhérences. La veine jugulaire interne était modérément distendue et paraissait saine. L'aorte et les artères qui en naissent étaient ramol-

lies et se déchiraient facilement; cette altération cessait vers le milieu de la carotide, dont la partie supérieure avait sa fermeté normale. La ligature qui était restée en place, passait à travers deux trous dans l'épaisseur des tuniques de l'artère innominée; ces trous, qui avaient deux ou trois lignes de diamètre, étaient distans de six à huit lignes, et étaient situés à la partie antérieure ou interne du vaisseau; ils se trouvaient à-peu-près à la moitié de la longueur de l'artère. La membrane interne de l'aorte, de l'artère innominée, de la carotide et de la sous-clavière droites, étaient parsemées de granulations athéromateuses ou corps arrondis blanchâtres. L'artère innominée, la partie inférieure de la carotide et le commencement de la sous-clavière étaient un peu dilatés. Les tuniques de l'artère sous-clavière s'amincissaient à mesure qu'elles approchaient du sac anévrysmal, et, dans ce point, le calibre du vaisseau était considérablement diminué. Le sac anévrysmal contenait un caillot volumineux et dense. Le cœur n'offrit rien de remarquable, si ce n'est un peu d'épaississement des valvules sygmoïdes aortiques. L'aorte était occupée presque dans toute son étendue par un caillot fibrineux extrêmement long et ferme. (*Baltimore medical and surg. Journ. and Review*, oct. 1833).

DE L'EMPLOI DU CALOMEL DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES; *par le docteur Graves.* — Le docteur Graves recommande fortement ce médicament, quel que soit le siège de l'inflammation. Suivant lui, les émissions sanguines doivent tenir le premier rang, et le calomel le second, dans le traitement des phlegmasies. Il le donne à la dose d'un scrupule, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant l'urgence des symptômes. Le but de ce traitement est de *mercurialiser* l'économie, afin de produire une modification dans les phénomènes de la circulation capillaire et dans les sécrétions. Ce traitement exige certaines précautions : le malade ne doit prendre aucune boisson froide; tout ce qu'il boit doit être tiède; l'eau de gruau, sans jus de citron, est la tisane que le docteur Graves préfère, et dont le malade ne doit pas boire plus de trois pintes dans les vingt-quatre heures, parce que des boissons trop abondantes dérangent l'estomac et les intestins, et favorisent la diarrhée mercurielle. Les fruits de toute espèce, et principalement les raisins, doivent être évités soigneusement. Suivant le docteur Graves, ces derniers, mangés pendant le traitement mercuriel, déterminent des coliques vives et de la diarrhée. Il regarde comme nuisible dans la majorité des cas, l'administration du mercure à petites doses, et rejette comme dangereux le traitement d'Abernethy par les *blue pills*. Il résulte des observations du docteur Graves que la salivation mercurielle, loin d'augmenter la fièvre, produit l'effet contraire. Je puis affirmer, dit-il, que lorsque la fièvre a été produite par une phlegmasie, telle qu'une péricardite, une pleurésie, etc., le calomel déterminera, dans neuf cas

sur dix, au moment où la salivation se manifeste, une diminution marquée de la fièvre et de la fréquence du pouls. Je n'ai jamais vu, ajoute-t-il plus loin, un effet fâcheux suivre l'emploi du mercure dans les cas où son administration a été suivie de la disparition rapide et complète d'une inflammation grave; un médicament ne peut être à-la-fois utile et nuisible à la constitution d'un malade. Le mercure, quand il détruit une phlegmasie, ne détermine aucune lésion de l'économie animale. (*Dublin Journal*, N.° XVI).

De l'emploi du galvanisme dans le traitement de la névralgie; *par Thomas Harris*. — Obs. Ire — En juin 1831, je fus prié de donner des soins à M. J. L., âgé de 38 ans, qui était affecté d'épilepsie depuis plusieurs mois. Les accès étaient quotidiens, très-intenses, et s'accompagnaient d'une irritabilité nerveuse, telle que le bruit d'une personne qui marchait dans la chambre, lui arrachait des plaintes. Plusieurs années avant les attaques d'épilepsie, il éprouvait une douleur fixe de la tête : cette douleur, qui offrait les caractères de la névralgie, n'avait que peu de rémission, et existait surtout à un haut degré quand je vis le malade. Voyant que tous les moyens, usités en pareil cas, avaient échoué, je me décidai à faire l'essai de l'appareil galvanique de Mansford, dont voici la description.

La peau étant dénudée à l'aide d'un vésicatoire de la largeur d'un *six-pence*, d'abord à la partie postérieure et supérieure du col, ensuite au-dessous du genou, et l'épiderme étant enlevé, on applique sur la plaie du cou un morceau d'éponge imbibée d'eau et à-peu-près de la même grandeur; par-dessus, on pose une plaque d'argent munie d'un ajustage auquel est attaché le fil conducteur qui descend le long de la colonne vertébrale en traversant un ceinturon de peau de chamois qui sert à le maintenir, et arrive ainsi jusqu'au pli du genou où il est fixé à une plaque de zinc qui est appliquée sur la surface dénudée de la même manière que la plaque d'argent, à l'exception qu'au lieu d'une éponge c'est un morceau de chair ou de parchemin qui est placé entre elle et le derme dénudé. L'appareil étant ainsi placé, on le laisse agir sans interruption pendant douze ou vingt-quatre heures, suivant les circonstances. Au bout de ce temps, la surface des plaies a besoin d'être pansée, et les plaques qui sont couvertes d'une couche épaisse d'oxyde doivent être nettoyées.

Après l'application de cet appareil pendant quelques jours, l'irritation nerveuse et les douleurs névralgiques commencèrent à diminuer, bien que rien ne parût changé quant à l'épilepsie. Au bout de quinze jours la névralgie cessa entièrement; les accès épileptiques devinrent beaucoup moins fréquens et moins intenses. A cette époque le traitement fut cessé, et, si l'épilepsie contre laquelle il avait été dirigé n'était pas guérie, du moins la névralgie avait-elle été complètement détruite.

OBS. IIe — Ce résultat inattendu m'engagea à expérimenter cet appareil dans le premier cas de névralgie qui se présenterait à moi. En juillet 1832, je fus consulté par le docteur Otto pour M. J. S., âgé de 11 ans, qui était affecté d'une névralgie intense de la tête. Les paroxysmes avaient toujours lieu le soir dans le lit ; ils existaient, en augmentant toujours d'intensité, depuis onze mois. Dans la journée le malade était accablé. On avait employé les sangsues, les vésicatoires à la nuque, les préparations martiales, les narcotiques, et la plupart des autres moyens préconisés contre cette maladie. L'appareil ci-dessus fut appliqué d'après mes avis. Le onzième jour, la douleur avait entièrement disparu. Deux ans se sont écoulés depuis sans récidive.

OBS. IIIe — En janvier 1833, je fus consulté par Mme. R***, âgée de 48 ans, pour une névralgie de la tête et de la face qui durait depuis huit ans. Elle avait été traitée par un praticien habile qui avait employé tous les moyens connus sans succès. Le quatrième jour de l'application de l'appareil galvanique, la douleur diminua, et elle disparut entièrement le vingt-troisième jour. Dans le mois d'avril suivant, la malade éprouva un léger retour de la douleur, causé par l'exposition au froid. Cette récidive céda de nouveau à l'appareil appliqué pendant dix jours. Une seconde récidive, au printemps de l'année 1834, a été combattue avec le même succès et par le même moyen.

OBS. IVe — En mai 1833, je fus consulté par Mlle. G. D. pour une névralgie qui durait depuis quatorze ans. C'était un cas extrêmement grave pour l'intensité de la douleur qui se répandait sur toute la surface du corps. La tête, la face, la langue, le cœur, l'estomac, l'utérus, en un mot, chaque partie de l'économie était, tour à tour, envahie par cette cruelle maladie. L'appareil galvanique fut appliqué et continué avec constance pendant cinq semaines. La malade en éprouva du soulagement, mais elle ne fut pas entièrement guérie.

OBS. Ve — Dans le même mois, j'appliquai cet appareil à S. T., âgée de 30 ans, à l'hôpital de Pensylvanie. Cette femme souffrait depuis six mois d'une névralgie générale. L'application fut continuée pendant plusieurs semaines sans avantage appréciable.

OBS. VIe — En novembre 1833, Mme. ***., de New-York, me consulta pour une névralgie de 14 ans de durée. De même que dans les deux cas précédens, chaque partie du corps était successivement le siége de la maladie. L'insuccès de l'appareil dans ces cas me faisait hésiter à l'employer. Cependant, sur la prière de la malade, son application fut faite et soutenue pendant cinq mois, à quelques courts intervalles près. Cette dame, qui est loin d'être guérie, affirme cependant qu'elle en a retiré quelque soulagement.

OBS. VIIe — En février 1834, l'appareil fut employé pour combattre

une névralgie de la face qui tourmentait, depuis deux ans, Mlle P. de Philadelphie. La guérison était complète le dixième jour; il n'y a point eu de récidive.

OBS. VIIIe—En mai 1834, M. T. W., de Maryland, me consulta pour une névralgie de la tête et de la face qui durait depuis dix-huit mois. Pendant tout ce temps il avait subi divers traitemens. La douleur était extrêmement aiguë; les nuits étaient privées de sommeil; la digestion était troublée; la constipation était opiniâtre; les extrémités étaient froides, et la tête extraordinairement chaude. On tira quelques onces de sang de la partie postérieure du cou; quelques purgatifs furent administrés; pédiluve sinapisé chaque soir. Au bout de trois jours l'appareil galvanique fut appliqué; il s'écoula quinze jours avant que son effet fût sensible. A la fin de la cinquième semaine, la névralgie était complètement guérie, et la santé générale parfaitement rétablie.

Ainsi, sur huit cas traités par l'appareil galvanique décrit ci-dessus, cinq ont été suivis de guérison. Lorsque la maladie était bornée aux nerfs cérébraux, cet appareil simple et en apparence insuffisant, en a procuré la cessation; lorsque, au contraire, la maladie était répandue à tout le corps, c'est-à-dire lorsqu'elle devait être rapportée aux nerfs spinaux, le même moyen a échoué. (*The American Journal of med. Sciences*, août 1834).

Obstétrique. Maladies des femmes, etc.

DESTRUCTION DU L'UTÉRUS, DU PÉRINÉE ET DU RECTUM, APRÈS L'ACCOUCHEMENT; GUÉRISON; *par John Swett.* — Une femme, âgée de 30 ans, robuste, accoucha pour la première fois le 28 juin 1830, après un travail pénible de 36 heures, d'un enfant bien conformé. Pendant ce travail on pratiqua une saignée, on administra trois ou quatre fois l'opium; un forceps mal construit fut appliqué sans succès par un médecin peu familier avec l'emploi de cette sorte d'instrumens; immédiatement après, les douleurs cessèrent, les membres inférieurs devinrent paralysés, et des douleurs se firent sentir dans le dos et dans les hanches. Les médecins qui assistaient cette femme se couchèrent, et l'abandonnèrent à elle-même pendant plusieurs heures. Dans cet intervalle, l'accouchement fut terminé avec beaucoup de facilité par les parens de la malade. Le 2 juillet, je fus appelé auprès de cette femme; je la trouvai en proie à une vive souffrance: pouls à 100; vomissemens verts foncés. L'administration du sulfate de magnésie, à dose cathartique, arrêta le vomissement; bientôt la malade demanda à manger, et les alimens lui parurent agréables. Les vomissemens s'étant renouvelés furent arrêtés de nouveau par le même moyen. En explorant les parties de la génération, je trouvai

les grandes lèvres et le périnée dans un état gangréneux. (Levain de bière et charbon de bois tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; sulfate de quinine; vin). Le 12, tympanite. (Cessation des moyens indiqués; huile de ricin à haute dose; lotions d'eau froide; application d'un bandage autour de l'abdomen). En peu d'heures les intestins furent évacués, il s'établit une légère diaphorèse, et la douleur fut diminuée. Le 13, je m'aperçus que le fond de l'utérus s'était frayé un passage dans le vagin, et se présentait à la vulve. Par de très-légères tractions de la garde, tout l'appareil utérin fut détaché du reste du corps. Le 15, le rectum séparé à quelques pouces au-dessus du pubis, vint se présenter et pendre entre les grandes lèvres. La garde en fit l'extraction et le sépara, avec la plus grande facilité, du sphincter de l'anus; cette extraction ne causa aucune douleur. Je reconnus alors que le périnée était totalement détruit, et qu'il n'existait plus à la partie inférieure du tronc qu'une vaste ouverture s'étendant de la pointe du coccyx à la symphyse pubienne. Il y avait à-la-fois incontinence d'urine et des matières fécales. Pendant plusieurs semaines, cette femme souffrit d'une *phlegmasia alba dolens* qui fut combattue principalement par les moyens antiphlogistiques. Dans le mois de novembre suivant, je trouvai le bassin cicatrisé; une abondante suppuration s'écoulait de l'abdomen. Une portion de l'intestin avait manifestement descendu de trois à quatre pouces dans le bassin, se repliait en bas et pendait sur le sacrum dans le vagin. Un pessaire en éponge fine fut employé avec succès pour la maintenir dans la cavité abdominale, et pour la garantir du contact de l'air. A cette époque l'ouverture de la plaie était si vaste, que l'on pouvait voir tout l'intérieur de la cavité pelvienne, et s'assurer facilement que le rectum ainsi que tout l'appareil utérin avaient été enlevés. Depuis la séparation du rectum, les féces avaient toujours passé par la vulve. Malgré les souffrances de la malade, la perte complète de viscères importans, le long espace de temps qu'elle fut obligée de garder le lit, et l'inflammation continue des viscères abdominaux qui entretenait une suppuration permanente, cependant elle conserva de l'appétit, vit ses forces se soutenir, et recouvra assez promptement la santé. Vers le 1.er janvier 1831, les mamelles commencèrent à sécréter du lait très-abondamment; ce liquide s'écoula ainsi par les mamelons pendant deux mois environ. Ce phénomène eut lieu six mois après l'extraction du fœtus, et ne parut influer en rien sur la santé générale par son apparition ou sa cessation. La femme prit alors de la fraîcheur et de la vigueur. — Le 16 janvier 1832, j'appris du père de la malade qu'elle pouvait commander un peu à l'expulsion de l'urine, et que tout portait à croire qu'elle finirait par le diriger entièrement. Quant aux matières fécales, elles passent toujours involontairement. Malgré les inconvéniens qui résultent de l'incontinence

d'urine et des féces, cette femme jouit sous tous les antres rapports d'une santé parfaite au moment où j'écris, 24 mars 1833. (*The American Journ. of the med. Sc*, Août 1834).

Maladies du placenta. — Le docteur Wilde a publié en 1833 dans un Journal allemand (*Med. Zeitung V. Verein für Heilkunde in Preussen*, N.° 40), des remarques très-importantes sur le diagnostic des maladies du placenta, qui se rattachent à son ouvrage *de Cognoscendis et curandis placentæ morbis*, libri IV. L'auteur, après avoir traité de l'inflammation du placenta et de ses suites, s'occupe successivement de l'hypertrophie, de l'atrophie, de l'ossification, du ramollissement, de l'état squirrheux, et de la dégénérescence graisseuse de cet organe; puis il mentionne l'adhérence trop ferme et trop lâche, l'implantation vicieuse, les blessures, et enfin les vices de conformation de ce corps vasculaire. Nous allons suivre rapidement l'auteur dans les diverses parties de son opuscule.

Inflammation du placenta. Une douleur sourde, rémittente, cessant d'une manière périodique pour revenir avec plus de violence, se fait sentir dans la région utérine, à l'endroit de l'implantation placentaire, quelquefois aussi des deux côtés du fond de l'utérus, vers les hanches; en même temps sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, fièvre médiocre, beaucoup de chaleur. Les mouvemens du fœtus deviennent d'abord plus forts, mais ne tardent pas à languir ou à cesser entièrement. L'urine, d'une couleur foncée, n'est rendue que par gouttes et avec une douleur cuisante.

L'inflammation du placenta se termine-t-elle par *suppuration*, la matrice et les cuisses deviennent le siège d'une douleur sourde et oppressive; la malade en ressent surtout dans ces dernières quand elle marche ou se tient debout. Il survient aussi un sentiment de pesanteur et des frissons.

Dans *l'induration* et *l'hépatisation* placentaires, les douleurs sourdes persistent dans la matrice, et augmentent par la station et la progression. Ordinairement il se fait aussi par le vagin un écoulement blanc, copieux, très-irritant.

Dans la *gangrène* du placenta, il y a fièvre hectique, douleurs utérines; l'accouchement s'accompagne de vomissemens, de crampes et de convulsions des extrémités supérieures; les lochies sont abondantes, d'une odeur infecte. La gangrène du placenta est précédée non-seulement de l'inflammation de cet organe, mais encore de celle de l'utérus et souvent même de péritonite.

Dans *l'hypertrophie* du placenta, l'utérus acquiert un volume plus considérable, produit un sentiment de pesanteur dans le petit bassin.

L'*atrophie* est suivie d'avortement; la mère sent cesser peu-à-peu les mouvemens de l'enfant.

L'ossification du placenta ne se décèle, d'après le docteur Wilde par aucun symptôme.

Le *squirrhe* du placenta est signalé par des douleurs violentes dans l'hypochondre droit, des convulsions, des syncopes, du délire; par un écoulement séro-sanguinolent des parties génitales, et la rétention placentaire.

Aucun signe n'indique *la dégénérescence graisseuse* du placenta, à moins que par son volume celui-ci ne distende le ventre.

Une *adhérence solide* de l'arrière-faix, qui est souvent la suite de son inflammation et d'une métrite, donne lieu à des douleurs fixes, lancinantes, sourdes, pendant la grossesse et le travail de l'enfantement.

Quand *l'adhérence* du placenta est *lâche*, celui-ci se détache trop tôt, se présente et sort avec le fœtus; il y a alors constamment métrorrhagie et leucorrhée.

L'implantation du placenta sur le col est rarement accompagnée de douleurs lancinantes; mais du sixième au septième mois de la gestation surviennent des pertes de sang plus ou moins abondantes; au toucher, on rencontre le placenta; l'avortement en est la suite ordinaire.

Quand *l'insertion a lieu sur la paroi antérieure de l'utérus*, le ventre est distendu des deux côtés; l'ombilic est tiré en haut et en arrière; les mouvemens du fœtus sont peu sensibles et ont un siége variable; la lèvre antérieure du col est plus alongée, plus molle, plus gonflée que la postérieure qui est située plus haut. En même temps se font sentir des douleurs à la région cervicale, des tiraillemens douloureux se dirigent des reins vers les cuisses, et disparaissent par moment complètement.

Le diagnostic des *blessures du placenta* se déduit des causes antécédentes, de la plaie extérieure, des hémorrhagies externes ou internes.

On ne possède pour les *vices de conformation* aucun signe diagnostique pendant la gestation.

Nous reconnaissons les premiers que chacun des points indiqués manquent de détails suffisans; mais nous n'avons voulu présenter ici qu'une indication des matières traitées par le docteur Wilde, indication qui peut toujours être très-utile à ceux qui se livrent à l'étude des maladies de l'œuf humain.

Toxicologie.

Du tritoxyde de fer hydraté comme contre-poison de l'arsenic. — Il n'existe jusqu'à présent aucun contre-poison connu de l'arsenic, c'est-à-dire de substance qui décompose les oxydes ou sels arsénicaux, sans donner lieu à un produit qui ne soit pas lui-même vénéneux. Il est bien reconnu que le sulfure de potasse, si prôné par Navier, ne jouit pas de cette propriété. M. le docteur Bunsen, de

Gottingue, vient de la découvrir dans le tritoxyde de fer hydraté. Voici dans quels termes il expose ses expériences ; dans une lettre adressée à M. Poggendorff, et traduite par M. Vallet dans le *Journal de pharmacie*, N.° d'octobre 1834.

« Il y a déjà long-temps que j'ai été conduit à cette observation, qu'une solution d'acide arsénieux est précipitée d'une manière si complète par de l'hydrate de fer pur, récemment précipité, et en suspension dans l'eau, qu'un courant à l'hydrogène sulfuré dirigé en travers de la liqueur filtrée et additionnée d'une petite quantité d'acide hydrochlorique, n'y démontre plus la moindre trace d'acide arsénieux. J'ai trouvé, en outre, que si l'on ajoute à ce corps quelques gouttes d'ammoniaque, et si on le met en digestion, à une douce chaleur, avec de l'acide arsénieux réduit en poudre très-fine, il transforme très-promptement cette dernière substance en un arsénite basique de tritoxyde de fer tout-à-fait insoluble. Une série d'expériences fondées sur cette observation m'a donné la ferme persuasion que ce corps réunit les conditions les plus favorables pour servir de contre-poison de l'acide arsénieux solide et en dissolution. M. le docteur Berthold a bien voulu, sur ma demande, s'adjoindre à moi pour examiner en commun ce sujet sous toutes ses faces, et en faire l'objet d'expériences plus rigoureuses. Les résultats de cet examen ont encore dépassé de beaucoup notre attente, et nous ont confirmés dans la persuasion que l'hydrate de tritoxyde de fer est un meilleur antidote de l'acide arsénieux solide et en solution que l'albumine ne l'est du sublimé.

« De jeunes chiens n'ayant pas un pied de haut, auxquels nous avions donné de quatre à huit grains d'acide arsénieux réduit en poudre fine, et dont nous avions lié ensuite l'œsophage pour empêcher le vomissement, ont vécu plus d'une semaine sans offrir, ni pendant la vie, ni à l'autopsie, les moindres symptômes de l'empoisonnement par l'arsénic. Les excrémens, qui n'ont été rendus qu'en très-petite quantité, attendu que les animaux ont été privés d'alimens et de boissons, contenaient presque la totalité de la substance vénéneuse à l'état d'arsénite basique de tritoxyde de fer ; mais ils n'offraient aucune trace d'acide arsénieux libre. Nous nous sommes convaincus, par des expériences sur les animaux, qu'une quantité d'hydrate de tritoxyde de fer, répondant à 2—4 dragmes de tritoxyde de ce métal, additionnée de seize gouttes d'ammoniaque, peut suffire pour transformer dans l'estomac huit à dix grains d'acide arsénieux bien pulvérisé en arsénite insoluble. Il est d'ailleurs aisé de voir que l'on pourrait, dans des cas d'empoisonnement par l'arsénic, administrer ce corps en proportions bien plus considérables, avec ou sans ammoniaque, soit par la bouche, soit en lavement, puisque l'hydrate de tritoxyde de fer, étant un corps tout-à-fait insoluble dans l'eau, n'exerce absolument aucune action sur l'économie animale. »

Académie royale de Médecine.

Séance du 23 septembre. — ACARUS DE LA GALE. — M. Renucci écrit pour donner quelques détails sur les expériences qu'il a faites depuis dix-neuf ans. Il les avait réservées pour sa thèse; mais il prend le parti de les publier pour que la priorité ne lui en soit pas contestée. Dès l'année 1815, il avait en Corse, son pays, appliqué plusieurs *acarus* sur les pieds, les mains et les avant-bras d'un enfant: l'enfant contracta la gale. M. Renucci s'appliqua alors à extraire tous les *acarus* qu'il pût trouver sur cet enfant; quelques remèdes suffirent pour achever la guérison. Cette extraction est plus facile chez les jeunes sujets que chez les adultes, à cause de la finesse et de la transparence de l'épiderme. M. Renucci dit avoir depuis répété plusieurs fois cette expérience qui a toujours réussi. Il fait remarquer, du reste, que la gale est plus contagieuse en Corse que dans les contrées plus septentrionales, et que les *acarus* y sont plus volumineux. Il existe encore, ajoute l'auteur en terminant, une éruption qui ressemble beaucoup à la gale, et qui attaque presque toujours les habitans de la plaine lorsqu'ils passent quelque temps dans les montagnes. Ces vésicules psoriformes, qui ne présentent pas d'*acarus*, ne se manifestent pas sur les montagnards lorsqu'ils descendent dans la plaine. Mais ils sont également sujets à la vraie gale, celle qui est produite par l'*acarus*.

—M. Dugès lit des *Considérations zoologiques sur l'acarus ou sarcopte de la gale*. L'auteur, en réunissant ces êtres à quelques autres qui s'en rapprochent, tels que la mite du fromage, en fait un ordre nouveau sous le nom d'*acariens*, appartenant à la classe des *Arachnides*. Dans cet ordre se trouvent beaucoup de parasites qui vivent, les uns sur les végétaux, les autres sur les animaux. Ce n'est pas seulement dans la gale que l'on trouve des *acariens* chez l'homme : M. Bory-Saint-Vincent en a rencontré une espèce fort rare sur une femme atteinte de la maladie pédiculaire, qui est causée par des ascarides, et non par des poux qui sont des insectes.

NOUVELLE PRÉPARATION DE RACINE DE GRENADIER CONTRE LE TOENIA; GUÉRISON DE LA FOLIE APRÈS L'EXPULSION DE CE VER. —M. Ferrus montre un tœnia qu'il a fait évacuer chez un aliéné de son service de Bicêtre, au moyen d'une nouvelle préparation de racine de grenadier. Cet homme, fort et robuste, commença par perdre ses forces, et tomba dans un abattement progressif; enfin des symptômes d'aliénation mentale se manifestèrent, et il fut mis à Bicêtre. On ne tarda pas à s'apercevoir qu'il rendait des portions de tœnia dans les selles. La dé-

coction d'écorce sèche de racine n'ayant fait rendre que quelques fragmens, on pensa que cet insuccès tenait à ce que l'on n'employait pas d'écorce fraîche. M. Ferrus, n'ayant pas pu s'en procurer, pensa à mettre en usage la décoction fermentée, qui est regardée par M. Latour, dans une thèse soutenue à l'Ecole de pharmacie, comme devant agir avec plus de puissance. On fit donc faire une décoction de deux onces dans une pinte d'eau, et on la laissa fermenter pendant deux jours. Cette décoction fut ensuite administrée. Dès le premier jour une grande portion du tœnia fut rendue; le 2.e jour le reste s'ensuivit, ainsi qu'on put le reconnaître en examinant la portion longue et menue qui constitue le col du tœnia. La tête n'a pu être retrouvée, elle s'est probablement détachée et perdue dans les selles. Le malade entra en convalescence; au bout de quinze jours il avait recouvré ses forces, et tout symptôme de folie ayant disparu, il put retourner dans son pays. M. Girardin rappelle que dans les observations de monomanie lues à l'Académie il y a une quinzaine de jours par M. Fourreau de Bauregard, il y en avait une d'un individu qui fut guéri d'un penchant au crime après l'expulsion d'un tœnia. Il a observé un cas analogue à celui de M. Ferrus. — M. Esquirol dit que ces cas ne sont pas très-rares : il y a 25 ou 26 ans il fut consulté pour le fils d'un confrère, atteint de manie aiguë, et qui fut guéri après l'expulsion d'un tœnia déterminé par l'administration de quelques anthelmintiques. Un an après, les mêmes symptômes s'étant manifestés, on eut recours au même traitement avec le même succès. Depuis il n'est plus survenu aucune affection de ce genre. M. Esquirol a vu à la Salpétrière une femme aliénée et hystérique qui avait à-la-fois deux tœnias. Elle fut d'abord délivrée du délire par l'expulsion d'un tœnia, puis de l'affection hystérique après l'expulsion du second. — M. Louyer-Villermay pense que ce genre d'affection n'est pas seulement causé par le tœnia, mais aussi par les autres vers. Il a vu un enfant atteint d'une manie intermittente très-bien caractérisée, qui disparut après l'expulsion d'un paquet de vers lombrics. — M. Ferrus fait remarquer qu'il n'a pas rapporté le fait cité pour prouver l'influence que peut avoir la présence d'un tœnia, qu'on sait généralement déterminer constamment de grands troubles dans le moral; mais pour fixer l'attention sur l'action de la décoction fermentée, comparée à celle de la décoction non fermentée d'écorce sèche de racine de grenadier.

— M. Velpeau fait, en son nom et en ceux de MM. Demours et Lisfranc, un rapport peu favorable sur un mémoire de M. Rognetta, intitulé : *Dans le cas où l'extirpation de l'œil est indiquée, faut-il enlever la glande lacrymale.* Ce travail, sur une question peu importante à discuter, n'éclairant, suivant le rapporteur, aucun point de la science, nous ne nous en occuperons pas ici.

Séance du 30 *septembre.* — M. le président annonce que le conseil d'administration auquel avait été renvoyée la proposition de M. Gasc, demandant que les adjoints fussent assimilés aux titulaires, n'a pas cru qu'on pût, sans l'autorisation du ministre, discuter une semblable innovation. Le conseil a donc conclu qu'il n'y avait pas à prendre la proposition en considération. Une vive discussion s'établit à ce sujet.

Accidens déterminés par une saignée. — M. Maingault lit un rapport sur une observation adressée par M. Tollé, de Niort, et ayant pour sujet un avortement suivi d'accidens mortels qui sont attribués à une phlébite déterminée par une saignée. — M. Velpeau conteste que dans le cas actuel, où l'autopsie d'ailleurs n'a pas été faite, il y ait eu phlébite. Suivant lui, la phlébite est fort rare après la saignée. Le plus souvent l'inflammation qui suit cette opération occupe la peau et le tissu cellulaire sous-jacent et se présente sous la forme d'érysipèle phlegmoneux ; ou bien elle se borne au tissu cellulaire qui entoure la gaine des vaisseaux, de là ces fusées de pus que l'on croit à tort provenir de la veine. Ce qui porte M. Velpeau à penser qu'il n'y a pas eu phlébite dans le cas de M. Tollé, c'est que celui-ci rapporte que le pus est sorti par jet, ce qui ne s'observe pas dans la phlébite. M. Moreau appuie de son expérience ces remarques de M. Velpeau.

Acarus de la gale. — M. Emery, au nom d'une commission, fait un rapport sur la note de M. Renucci. Le rapporteur fait l'historique de la découverte de cet animalcule et des débats qu'il a suscités, rappelle les expériences de M. Galès et l'incrédulité générale qui les a suivies ; enfin, la récente démonstration de M. Renucci et les inoculations de M. Albin Gras. Le rapporteur élève quelques doutes sur la réalité des expériences que M. Renucci dit avoir faites dès 1815. La commission, néanmoins, considérant que c'est à ce dernier qu'appartient l'honneur d'avoir rétabli un fait aussi important que l'existence de l'acarus, et d'avoir dissipé l'erreur générale, propose d'adresser des remerciemens à l'auteur et de déposer son travail aux archives. —MM. Duméril, Moreau, Delens affirment avoir vu l'animalcule extrait par M. Galès. Divers membres de la commission se plaignent de n'avoir pas été convoqués aux expériences. M. J. Cloquet, entr'autres, dit que s'il y avait été appelé, il aurait facilement fait voir que les vésicules transparentes contiennent un autre insecte que l'acarus et qu'il y a par conséquent deux espèces d'animalcules psoriques. M. Emery répond qu'il a suivi les usages de l'Académie en présentant son rapport tout fait à la signature des divers membres de la commission ; que d'ailleurs il n'y a pas eu d'expériences particulières. M. le président demande que, comme plusieurs membres de la commission ont indiqué des expériences à faire, celle-ci soit invitée à com-

pléter son travail, et qu'alors on voterait sur le rapport qui vient d'être lu et sur le supplément qui y serait ajouté. Adopté.

Séance du 7 octobre. — M. Mayor, de Lausanne, adresse une lettre sur un procédé de mensuration appliqué à la pratique chirurgicale. Il montre quel vague il existe dans les évaluations dont on se sert ordinairement pour les tumeurs, et il propose de se servir du compas d'épaisseur, dont les pointes seraient remplacées par de petites plaques ou de petites boules.

Acarus de la gale. — Il s'élève une nouvelle discussion sur les expériences de M. Galès, que les récentes recherches de M. Renucci ont remises en question. M. Moreau a eu recours à la dissertation de M. Galès. Il y a vu l'historique de l'acarus parfaitement tracé. Contrairement à ce qui a été avancé, il est dit que l'insecte a été trouvé quelquefois dans les vésicules, mais plus souvent à côté, surtout dans les plis des articulations des doigts. M. Galès rapporte ensuite ses essais d'inoculation poussés beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait avant lui. M. Moreau explique l'erreur de la gravure par la méprise du dessinateur qui ayant à la fois des mites du fromage, de la farine, et l'acarus de la gale, vus et comparés par MM. Bosc, Ollivier et Latreille, commissaires de l'institut, aura confondu les verres qui contenaient séparément les trois animalcules.

Nouveau moyen préservatif de la scarlatine. — M. Gérardin lit un rapport sur un mémoire de M. Miquel, d'Amboise, sur ce sujet. Ce médecin, n'ayant pas trouvé dans la belladone l'efficacité qu'on lui a attribuée comme préservative de la scarlatine, essaya l'inoculation. Les effets qui en ont résulté, le portent à la regarder comme le moyen prophylactique le plus puissant de cette affection. Son premier essai fut fait sur un enfant de 28 mois qui n'avait pas eu la scarlatine. Il piqua avec une lancette les plaques les plus apparentes, sur une jeune fille de 16 ans atteinte de scarlatine; il n'en sortit pas de sang, mais un fluide jaunâtre. Ce fluide fut inoculé aux bras de l'enfant par huit piqûres. Au troisième jour, la plupart étaient entourées d'un cercle rouge; le cinquième, elles avaient disparu. Une seconde inoculation, tentée comme contre épreuve, n'eut aucun résultat. Les piqûres ne déterminèrent aucune rougeur. Diverses autres inoculations furent faites, et les enfans qui en furent le sujet vécurent auprès d'autres enfans malades sans être pris de la maladie. La commision regarde ces essais comme d'un haut intérêt; mais pense qu'avant de se prononcer, il faut qu'ils soient multipliés. Elle propose d'adresser des remerciemens à l'auteur et de l'engager à poursuivre ses recherches. — M. Delens, sans contester l'importance des expériences de M. Miquel, pense que ses faits sont bien peu nombreux comparés à ceux qui attestent la propriété préservative de la belladone. D'ailleurs les remèdes les plus efficaces ne réussissent pas

ctujours et dans tous les cas. — M. Guersent ajoute que, si l'on veut répéter les expériences de M. Miquel, il faut le faire ailleurs qu'à Paris, où la scarlatine règne d'une manière continue, et où l'on est rarement sûr qu'elle se soit développée spontanément ou par contagion. Car, quoique contagieuse, la scarlatine ne l'est pas toujours au même degré. Souvent on voit, dans des familles nombreuses, un ou deux enfans avoir la scarlatine, et les autres en être exempts. D'autres fois aucun n'y échappe. Il faudrait donc, pour apprécier la valeur préservative de l'inoculation, aussi bien que de la belladone, faire des expériences dans un pays où la scarlatine se déclarerait d'une manière épidémique pour la première fois.

— M. Civiale continue la lecture de son mémoire sur la lithotritie. L'auteur s'attache à combattre les fausses opinions qu'on s'est faites de cette opération; les prétendus inconvéniens qui lui ont été reprochés, entr'autres, celui de laisser dans la vessie des fragmens qui sont le noyau de nouveaux calculs. Il oppose ce fait si connu de la réproduction des calculs, si prompte chez certains sujets, et cite une observation propre à démontrer de nouveau cette vérité, et dans laquelle la réapparition de calculs a eu lieu, et après la lithotomie et après la lithotritie, chez un individu qui a subi successivement ces deux opérations. M. Civiale signale encore les complications de lésions de la prostate et du col de la vessie, comme agravant la position des calculeux, et rendant très-difficile l'emploi de la lithotritie et le cathétérisme lui-même. Il termine en indiquant les instrumens lithotriteurs comme moyens d'exploration plus certains que le cathétérisme ordinaire dans les cas douteux, et montre l'erreur de ceux qui ont regardé ces explorations comme de véritables opérations de lithotritie.

— M. Ricord présente une portion de mâchoire enlevée au moyen de l'instrument de M. Heyne; deux tumeurs fongueuses du col de l'utérus enlevées au moyen de son spéculum à ligature; et des tubercules que l'auteur prétend de nature syphilitique, et qui se sont développés dans la partie antérieure du corps strié cérébral, du côté droit.

Séance du 14. — On lit une lettre de M. Bourdois, qui annonce qu'une dame qui n'est point nommée, mais qui a laissé Mme Récamier pour son exécutrice testamentaire, et morte à la suite de longues peines morales, a légué à l'Académie une somme de 5,000 fr., dont l'intérêt constituera un prix annuel pour le meilleur mémoire sur l'influence du chagrin comme cause de maladie et de mort.

— M. Cornac donne, au nom de M. Salmade, quelques détails sur la découverte qu'a faite un médecin de Rome, M. Maceroni, du *cow-pox* sur plusieurs vaches. Les pustules étaient déjà converties en croûtes. Celles de ces croûtes auxquelles on n'avait pas touché possédaient encore la propriété de développer l'éruption vaccinale. Les autres

sur lesquelles on avait fait des onctions avec du beurre n'avaient plus cette propriété.

— M. Maingault lit une note sur le rôle que joue l'acarus dans la production des vésicules de la gale. Il prétend que celles-ci sont l'effet et non la cause de l'animalcule.

Tritoxyde de fer hydraté contrepoison de l'arsénic. — M. Boulet jeune communique une observation d'empoisonnement par l'arséniate de potasse, sur des chevaux, et traité avec succès par le tritoxyde de fer hydraté. Plusieurs chevaux mangèrent de l'avoine à laquelle s'était mêlé de l'arséniate de potasse par la rupture du sac qui contenait celui-ci. Le lendemain du jour de l'accident et où M. Boulet fut consulté, sur sept chevaux que contenait l'écurie, et qui avaient mangé de l'avoine empoisonnée, quatre avaient succombé. Deux autres étaient dans un état désespéré; le dernier offrait seul quelques chances. M. Boulet leur administra d'abord seulement des mucilagineux; mais sur la remarque que lui fit M. Chevallier, des expériences de M. Bunsen (V. p. 276), il résolut de faire l'essai du tritoxyde de fer hydraté, qui fut immédiatement préparé. Le liquide fut donné aux trois chevaux. L'un des deux qui était le plus malade ne survécut que trois heures, l'autre 36 heures. Le troisième n'est point mort; mais il est survenu des symptômes de pneumonie auxquels il succombera probablement.

— M. Civiale lit la troisième et dernière partie de son mémoire sur la lithotritie. L'auteur y expose les inconvéniens et les contr'indications de cette opération, dont les suites fâcheuses ne peuvent être attribuées, suivant lui, qu'au mauvais état des organes, au choix vicieux des instrumens, et à l'inhabileté de l'opérateur.

Séance du 20. — Un des membres demande que M. Roux, récemment arrivé d'Italie, soit invité à communiquer à l'Académie les observations scientifiques qu'il a pu faire dans ses voyages. M. Roux cherchera à rappeler ses souvenirs à ce sujet.

Empoisonnement par l'arséniate de potasse. — M. Boulet jeune lit une note sur l'empoisonnement par cette substance, observé sur sept chevaux, et sur lequel il a déjà fait une première communication. Les sept chevaux ont succombé. L'autopsie a montré des traces d'une vive inflammation dans l'estomac, les intestins, la vessie, et des ecchymoses dans le ventricule gauche du cœur. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les matières contenues dans le tube digestif du premier cheval, mort dans la nuit qui suivit l'empoisonnement, ne présentèrent aucune trace d'arséniate; ce qui tient probablement à l'abondante diarrhée qui a eu lieu. Sur un autre cheval, l'on trouva une déchirure du diaphragme près de ses attaches au sternum. M. Boulet ajoute qu'il va se livrer à des expériences sur le tritoxyde de fer hydraté considéré comme contre-poison des préparations arsé-

nicales. — M. Chevallier annonce que le conseil de salubrité a décidé dans sa dernière séance, que pour prévenir les accidens semblables à celui qu'a rapporté M. Boulet, il serait demandé à l'autorité qu'il fût prescrit à l'avenir de transporter les substances vénéneuses livrées au commerce en gros, dans des boîtes ou des barils hermétiquement fermés.

— M. Devergie aîné lit un mémoire ayant pour sujet : *La non-existence du virus syphilitique.*

Académie royale des Sciences.

Séance du 1.er septembre. — M. Beaude adresse une lettre sur la découverte de l'acarus de la gale, accompagnée de plusieurs exemplaires de cet animalcule.

SPHYGMOMÈTRE. — M. Magendie fait un rapport sur cet instrument destiné à mesurer l'état du pouls. Les expériences que les commissaires de l'Académie ont tentées avec cet instrument n'ont pas complètement répondu à leur attente. Ils trouvent néanmoins l'idée de l'instrument ingénieuse. L'expérience seule décidera de quelle utilité il pourra être dans la pratique.

GÉLATINE. — MM. Gannal et Julia de Fontenelle lisent successivement des mémoires sur la gélatine considérée comme aliment. Nous croyons devoir attendre le rapport de la commission qui jugera les divers travaux contradictoires sur cette matière.

Séance du 8. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit une seconde partie de son mémoire, ayant pour titre : *Sur les caractères et les causalités de la succession et de la transmutation des espèces.* L'auteur a montré dans la première partie, qu'on devait entendre par *espèce* une agglomération d'individus, lesquels descendent les uns des autres, et proviennent dans leur filiation d'un même noyau de formation désigné par le mot *germe*, dit plus spécialement *œuf*, à l'égard des animaux, et *graine* chez les végétaux. Chaque germe, dit l'auteur, prend son essence et tient ses qualités propres, d'abord d'arrangemens qui ont leur raison dans l'univers intra-sidéral, à quoi préside le principe de l'unité typéale, puis d'élémens ou substance fournis par notre planète. Dans cette seconde partie, M. Geoffroy-Saint-Hilaire combat par les faits l'opiuion de l'immutabilité des espèces. Il cherche à démontrer que du moment que l'être est entré sous la puissance des agens modificateurs, le champ s'ouvre à une foule de chances d'où résulte cette diversité infinie de formes dont les rapports plus ou moins étroits sont exprimés par les noms *d'ordre*, de *genre*, d *espèce* et de *variété*. Il ne devrait plus être permis de dire que l'*espèce* est la seule chose vraie, la seule chose donnée immédiatement par la nature. Le premier soin devrait être de chercher à connaître cette

espèce absolue. Or, dans un monde aussi changeant que le nôtre, les notions relatives à l'espèce ne peuvent être puisées que dans la connaissance des faits qui en déterminent l'essence ; elle doit commencer par des recherches sur les mondes ambians qui se sont succédés ; ce sera l'objet de la troisième partie du mémoire. Ce point traité, l'auteur rentrera dans la discussion annoncée sur les descendances ou ascendances des animaux antédiluviens.

—M. Renucci lit une note sur l'*acarus* de la gale. Nous en avons parlé à l'occasion de la séance du 4 de l'Académie de médecine, à laquelle cette note a été également lue.

Séance du 15 septembre. — SCIE EN MOLLETTE POUR LA SECTION DES OS. — M. Magendie dépose, par suite de la corespondance, un instrument inventé par M. le docteur Leguillon, chirurgien de la marine, et qui avait dejà été présenté à l'Académie de médecine. La scie en molette, c'est le nom par lequel l'auteur désigne cet instrument, est composée, 1° d'un disque circulaire denté mis en mouvement par plusieurs roues à engrenage ; 2° d'une tige mobile prenant appui sur l'os qui doit être coupé ; 3° d'une châsse renfermant les diverses parties de l'instrument, et fermant assez bien pour préserver le mécanisme intérieur des sciures ou du sang qui pourraient l'engorger.

Cette scie, suivant M. Leguillon, peut être employée : Pour la section des côtes ; pour la section de l'os maxillaire inférieur ; pour couper les ponts osseux que laissent entre elles les couronnes de trépan ; pour dégager une balle enclavée dans un os ; pour dégager les sequestres de l'intérieur des os longs ; pour enlever les portions carrées des os, et principalement les extrémités articulaires ; pour enlever les pointes d'os aigus à la suite de fractures ; pour rafraîchir les extrémités fracturées d'un os lorsque la réunion se fait trop long-temps attendre ; pour l'enlèvement partiel d'un ou plusieurs anneaux vertébraux postérieurs ; pour la section des os du métatarse et du métacarpe ; pour l'ablation de l'extrémité supérieure du fémur fracturé comminutivement par une balle ; pour la section du corps même du pubis, opération que l'auteur propose de substituer à la division de la symphyse.

INFLUENCE DES TRAVAUX DANS LES MINES DE HOUILLE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE. — M. Valat, docteur en médecine, lit un mémoire ayant pour titre : *Histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillière de Decise.* — De ce mémoire très-volumineux, l'auteur ne lit que l'introduction et un fragment relatif à l'influence du milieu de la mine sur les fonctions physiologiques de l'homme. Dans l'introduction, il se livre à des considérations de pure économie politique.

Dans le second fragment, l'auteur examine les modifications qu'éprouvent les fonctions chez les mineurs. Il remarque d'abord que les eaux qui s'échappent de cette houillière, et qui se rendent dans les

étangs voisins, y font dépérir les poissons et en altèrent la qualité. Les quadrupèdes, ânes et chevaux, qui vivent dans la mine, y jouissent d'une parfaite santé ; ils ne prennent point leur poil d'hiver, à raison de la haute température de la mine. Quand on a besoin de les retirer de la houillière, l'impression de l'air extérieur et de la lumière solaire les rend pendant quelque temps singulièrement gais et alertes. Les ouvriers, au contraire, ne se trouvent pas aussi bien des influences de la mine. D'abord leur nourriture n'est ni assez tonique, ni même suffisante. Puis la chaleur de l'air, son humidité, les gaz acide carbonique et azote qu'il renferme, la poussière du charbon, la fumée des lumières, toutes ces circonstances font que la respiration et la circulation ne s'exécutent pas d'une manière parfaite. En outre, les mineurs perdent énormément par la transpiration, qui chez eux est très-abondante. De tout cela, il résulte qu'ils sont très-sujets aux maladies, et que leur vie en est raccourcie. Quarante ans en est la durée moyenne. Au contraire, leurs femmes parviennent à un âge très-avancé ; presque toutes sont veuves, et veuves deux fois. Dans les communes environnantes, les hommes vivent plus long-temps que les mineurs. Quant à ces derniers, ils ne se frappent pas l'imagination par la courte durée de leur vie ; ils ne s'épouvantent pas non plus des propos de condoléance anticipée qu'ils se font durant leur maladie, sur l'imminence de la mort. M. Valat assure qu'en général les mineurs sont dans un état de pâleur et d'anémie ; il n'a jamais eu, dit-il, l'occasion de pratiquer une saignée sur l'un d'eux. Il y a un contraste très-fréquent entre l'état anémique des hommes et l'état pléthorique des femmes. M. Valat fait remarquer qu'on trouve souvent des hydatides chez les mineurs ; il rappelle que M. Dupuytren assure de son côté que ces entozaires sont très-communs chez les tisserands, qui habitent ordinairement des lieux humides.

Séance du 22 septembre. — Remarques anatomiques et physiologiques sur le sens de la vue chez les vertébrés ; *par M. Dugès.* — 1.re partie. — Pour faciliter l'intelligence de l'organisation de l'œil, M. Dugès classe les organes élémentaires et les dispose en plusieurs groupes anatomiques, savoir : la conjonctive, le système cornéen, le système choroïdien, le système rétinien et le système cristallinien.

La conjonctive a avec la choroïde des connexions anatomiquement établies par des filamens cellulaires qui passent à travers la suture de la sclérotique et de la cornée, et physiologiquement par le pigment, qui colore également, au moins chez beaucoup d'animaux, la conjonctive et toutes les parties du système choroïdien. Ces connexions rendent bien probable l'opinion de M. de Blainville, qui regarde les organes des sens comme des dépendances de l'enveloppe tégumentaire générale.

Le système cornéen se compose de la cornée, de la sclérotique et de

la membrane préaqueuse. Celle-ci, bornée exactement à l'étendue de la face postérieure de la cornée, ne sécrète pas l'humeur aqueuse, comme on le croit généralement : il y a toujours corrélation entre la courbure et la grandeur de ces organes et celles des parties inférieures et réfringentes de l'œil, du crystallin en particulier.

La choroïde, la membrane ruyschienne qui la double, les deux lames de l'iris, peuvent être considérées comme un ensemble composé d'une seule membrane en forme de sac. Les diverses portions de ce sac présentent des différences de consistance et de couleur qui ne peuvent les faire regarder comme des organes distincts, puisqu'on voit telle portion chez un animal offrir des propriétés toutes semblables à celles de telle autre portion chez un animal différent. C'est ainsi que le brillant de la choroïde et de la lame antérieure de l'iris chez les poissons, rappelle l'éclat du tapir chez les mammifères. Le microscope fait découvrir dans l'iris, non des fibres musculaires, mais des fibrilles tantôt lisses, tantôt granulées en chapelet, selon leur relâchement ou leur contraction ; fibrilles absolument semblables à celles dont l'assemblage en fascicules forme la fibre musculaire proprement dite. A ces fibrilles disposées en courbes assez épaisses entre les membranes de l'iris, chez le bœuf, par exemple, sont dûs, et le resserrement, de la pupille par un sphincter, et sa dilatation par des fibres rayonnantes. Quelques physiologistes attribuent la vision distincte des objets plus ou moins éloignés, à l'agrandissement ou au rétrécissement de la pupille. L'auteur combat cette théorie par les expériences suivantes : 1.° si l'on regarde un objet fixé d'un seul œil, et qu'on couvre et découvre alternativement l'autre, la pupille se dilate et se resserre par sympathie, même dans l'œil qui reste ouvert et qui ne cesse de contempler l'objet, et pourtant cet objet lui semble toujours assez distinct. 2.° Dans un lieu peu éclairé, les pupilles s'élargissent, et, d'après la théorie de Lahire, on ne devrait voir que les objets lointains; au contraire, il faut d'autant plus rapprocher les objets que la lumière est plus faible.

La forme alongée de la pupille la rend susceptible d'un rétrécissement plus considérable ; aussi les animaux nocturnes à pupille alongée, comme les chats, supportent-ils mieux la fumée que ceux à pupille ronde, comme les oiseaux de nuit. La fente pupillaire horizontale, chez les ruminans et les solipèdes, permet à ces animaux, dont les yeux sont très-latéralement situés, de voir au-devant d'eux des deux yeux à-la-fois, en portant aussi leur vue en arrière.

Le nerf optique, né chez les mammifères de trois points différens, du corps géniculé, du tubercule quadrijumeau antérieur et du postérieur, n'est qu'en partie entrecroisé; c'est la partie moyenne qui éprouve cette décussation. La portion interne forme une commissure qui existe seule chez la taupe; la portion externe va directement à

l'œil de son côté et sans entrecroisement. La rétine est l'épanouissement du nerf optique, et ne lui est pas seulement un organe surajouté. La rétine elle-même est filamenteuse et non pulpeuse, ou simplement globulaire, comme on le pense généralement. Ce sont les filamens du nerf optique qui se continuent dans la rétine, qui est bien plus mince sur les bords, ce qui explique comment les images sont plus vives vers le centre des membranes, et vont en s'affaiblissant à mesure qu'elles deviennent excentriques. Cette diminution n'est point due à l'obliquité des rayons lumineux. Ce point le plus épais de la rétine est ce que l'auteur nomme centre visuel. Il nomme axe visuel l'axe qui, partant de ce point, passe par le centre de la cornée. Comme ce n'est pas le plus souvent au milieu du fond de l'œil que s'insère le nerf optique, dans ce cas le centre visuel ne répond pas au centre oculaire, et l'axe visuel ne se confond pas avec l'axe oculaire. Chez l'homme l'axe visuel et l'axe oculaire coïncident parfaitement, quoique l'insertion du nerf optique ne réponde pas au centre oculaire. Mais chez lui cette insertion n'est pas le point le plus épais de la rétine; la majeure partie des filamens nerveux se porte vers la *tache jaune*, qui est leur vrai centre; et cette tache coïncide parfaitement avec le milieu géométrique du fond de l'œil. Delà vient que l'homme sain ne louche pas. Le bœuf, au contraire, s'il veut regarder des deux yeux à la fois un objet situé devant lui, n'a besoin que de faire converger sur cet objet ses axes visuels, qui sont naturellement plus dirigés en avant que les axes oculaires, et qui corrigent ainsi les effets de la situation latérale des yeux. Les axes oculaires resteront alors en dehors, et le bœuf nous semblera loucher en dehors : delà le regard stupide ou farouche qui lui est propre.

— M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit une nouvelle partie de ses recherches sur ce sujet : *Puissance du monde ambiant gouvernant l'engendrement des causes auxquelles se rapportent les formes différentes et la multiplication des espèces végétales.* L'auteur s'occupe, dans ce mémoire, de constater l'influence des agens extérieurs sur les végétaux. Des faits nombreux que présente l'horticulture, il conclut que les végetaux, seumis à certaines conditions extérieures, prennent des caractères différens de ceux qu'ils tiennent de leur origine; que ces caractères sont susceptibles, dans certains cas, d'être reproduits par semence, et que lorsque ce point est obtenu, il y a introduction d'une *espèce nouvelle* dans le règne végétal. C'est par ces faits que M. Geoffroy-Saint Hilaire combat l'opinion des naturalistes sur l'immutabilité des espèces, et qu'il explique comment il est arrivé que les espèces produites dans les âges antédiluviens ne durèrent pas, mais donnèrent lieu, avant de disparaître, à une descendance qui a retenu plusieurs des anciens traits, mais non pas tous.

Séance du 29 septembre. — TRAITEMENT DE LA GALE PAR L'ACIDE

SULFURIQUE. — M. Lainé, de Malley, près Lausanne, écrit q'étant à à Londres, en 1810, il a vu Wollaston enlever de l'épiderme d'un galeux plusieurs *acarus* vivans qui furent ensuite observés au microscope solaire. Persuadé que cet animalcule est le moyen de transmission de la gale, il crut devoir employer, dans la vue de le faire périr, chez les nombreux galeux que présentaient les ouvriers des mines de Servoz, des lotions d'acide sulfurique étendu d'eau, dans des proportions variables suivant la force, l'âge et le sexe du patient. Dans l'espace de sept ans, cinq ou six cents galeux furent guéris par ce moyen, et chacun d'eux dans l'espace d'une semaine. La maladie disparut enfin du canton, mais le remède continua à être employé avec succès pour la gale des chevaux, des mulets et des bêtes à cornes.

REMARQUES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE SENS DE LA VUE. — M. Dugès achève la lecture de ce mémoire, et dans cette seconde partie il s'occupe spécialement du système cristallinien, comprenant le corps vitré, le cristallin et l'humeur aqueuse.

La membrane hyaloïde qui forme l'enveloppe et les cloisons intérieures du corps vitré, renferme, d'après M. Dugès, des vaisseaux qui sont, suivant lui, fournis par les artères de la rétine, et sont les sécréteurs de l'humeur vitrée. Ribes en a nié l'existence parce qu'il n'a pu les injecter, mais on peut les rendre sensibles par d'autres moyens. La membrane hyaloïde arrivée sous la ruyschienne à l'origine des procès ciliaires, devient plus épaisse et finit par se dédoubler, fermant par l'écartement de deux feuillets goudronnés de Petit. Le feuillet externe a été considéré tantôt comme un organe à part, tantôt comme une producton de la rétine. C'est la couronne ciliaire de Zinn. Du reste, le canal goudronné de Petit n'existe point comme eavité unique. Ce n'est point, ce que croyait cet anatomiste, un canal circulaire à nombreux renflemens, mais un assemblage de canaux très-courts dirigés d'arrière en avant, et sur le dos desquels marchent les languettes rétinales. (Voy. la première partie de l'analyse de ce mémoire). Ces canaux, que Ribes a cru voir dans les languettes elles-mêmes, sont probablement destinés à conduire au-devant du cristallin une partie de l'humeur sécrétée par le corps vitré, l'humeur aqueuse, comme on l'appelle.

La capsule cristalline n'offre, suivant M. Dugès, aucune de ces ouvertures qui, suivant M. Ribes, établiraient une communication entre son intérieur et le canal goudronné. La demi-capsule antérieure est la communication non interrompue de la postérieure. Celle-ci, quoique un peu mince, n'en est pas moins, dit M. Dugès, tout aussi bien que l'autre de consistance cartilagineuse. Cette capsule même, comme toutes les membranes de semblable nature, paraît susceptible de s'ossifier, et et c'est à cela sans doute que sont dues les cataractes

pierreuses dont parlent les opérateurs. La différence la plus importante qui existe entre les demi-capsules antérieure et postérieure, c'est que la dernière seule présente des vaisseaux et des nerfs. M. Dugès donne sur la distribution de ces vaisseaux et de ces nerfs chez divers animaux, des détails dans lesquels nous ne le suivrons point.

L'auteur s'occupe ensuite de prouver que l'humeur de Morgagni se trouve seulement antérieurement et non postérieurement entre la lentille et la capsule cristalline. Durant la vie, dit-il, cette humeur paraît contenir des globules plus denses que le reste, et qui, bien que transparens, peuvent être perçus par l'œil dans lequel ils se trouvent. Souvent ils se précipitent sous forme de bandelettes flexueuses qui semblent se mouvoir avec l'œil quand on regarde une surface blanche très-éclairée. Leur forme régulière, et qui se reproduit exactement sans changer, pendant des années, prouve assez qu'elles ne sont pas dues à des stries d'humeur lacrymale. Une expérience de Demours, qui les a vues renaître sans changement après la reproduction de l'humeur aqueuse évacuée par ponction, montre qu'elles ne sont point dues à des corps en suspension dans les chambres de l'œil; on ne peut les placer que dans l'humeur de Morgagni; et une remarque très-simple prouve que, durant la vie comme après la mort, cette humeur ne siège qu'au-devant du cristallin. En effet, les corpuscules qui produisent les *imaginations*, comme on appelle ces apparences, s'élèvent vivement quand on regarde en haut, puis ils descendent lentement par leur propre poids, et c'est en effet dans ce sens que l'œil les voit se mouvoir. Or, s'il en existait en arrière du cristallin, celles-là devraient, en raison du croisement des rayons lumineux qui se fait dans l'intérieur de cette lentille, paraître remonter contre l'action de la pesanteur. La comparaison de ces deux courbures (antérieure et postérieure) entre elles et avec celles de la cornée transparente et de la rétine, fournit à l'auteur la matière d'une longue discussion dans laquelle il examine les rapports que doivent avoir entre elles ces formes pour l'exercice complet de la fonction. Nous nous contenterons de reproduire le résumé de cette partie de son travail, tel qu'il le donne à la fin du mémoire.

« Les surfaces du cristallin ont chez les mammifères des courbures méplates ou elliptiques, et non sphériques. Il en résulte que l'aberration n'est pas plus forte pour les faisceaux obliques que pour les faisceaux directs. L'aberration de ces derniers est diminuée par la cornée, dont la courbe est elliptique en sens inverse, c'est-à-dire, un peu conoïde. Cette forme augmente le champ visuel. Ceci est surtout remarquable chez les oiseaux comparés aux poissons. A part cette circonstance, l'appareil cornéo-cristallécn de ces animaux est de même force; la nature de ses courbes exige un fonds à-peu-près hémisphérique pour recevoir les images. La nature des courbures du

cristallin chez les mammifères exige au contraire un fond de plus en plus rapproché de la lentille, en allant du centre au pourtour ; de là l'applatissement de l'œil chez les premiers, sa rondeur chez les derniers et surtout chez l'homme. »

Quant à la composition et à la nature de la lentille elle-même, l'opinion de M. Dugès est que le cristallin est formé de fibriles contractiles arrangées avec ordre en trente-deux languettes réfléchies moitié en avant, moitié en arrière, et dont les sutures sont alternes. Cette structure, dit-il, explique les irradiations apparentes des corps lumineux et certains cas de multiplication d'images chez quelques myopes, chez tous les animaux vertébrés. C'est à sa contraction et à son relâchement qu'est due la netteté des images formées par les objets rapprochés ou éloignés.

Séance du 6 octobre. — ACARUS SCABIEI. — M. Vallot, de Dijon, adresse quelques renseignemens sur les différens travaux relatifs à l'*acarus scabiei*. Il présume que M. Renucci n'a dû le trouver que sur des galeux rebutans par leur malpropreté. Tout prouve, suivant lui, que plusieurs espèces de mites peuvent se trouver sur des individus peu soigneux de leur personne. Mais ces mites sont seulement accidentelles; leur présence ne cause pas la maladie psorique. Seulement cette affection leur offre une habitation dont plusieurs peuvent profiter, ainsi que chez certains enfans, on voit des croûtes teigneuses recouvrir la vermine.

— M. de Blainville fait en son nom et en celui de M. Duméril, un rapport sur des notes envoyées à l'Académie par MM. Renucci, Beaude et Sédillot, ayant pour sujet le ciron de la gâle. Ce rapport n'ayant trait qu'à l'histoire naturelle de cet animalcule, nous ne croyons pas utile de le reproduire ici.

VARIÉTÉS.

Affaire THOURET-NOROY. — *Responsabilité médicale.*

Les médecins de Paris, réunis en assemblée générale, ont adopté la lettre suivante, adressée à M. Thouret-Noroy.

MONSIEUR ET RECOMMANDABLE CONFRÈRE,

Votre appel devait être entendu par tous les hommes de l'art. L'honorable initiative prise en votre faveur par l'Association de prévoyance, et l'empressement avec lequel les autres médecins ont suivi cet exemple, disent assez si nous avons tous compris la portée de la lutte que vous soutenez. Dans votre affaire, Monsieur, deux ordres de pensées saisissent tout d'abord l'attention : premièrement, le fait

particulier qui vous concerne; secondement, le principe de la responsabilité médicale en général.

Relativement au fait particulier en lui-même, après la consultation des médecins de Rouen, nous affirmerons surtout que nulle part, dans l'ensemble ni dans les détails du procès tout entier, nous ne trouvons les documens indispensables pour une instruction suffisante pour une consciencieuse conviction, et pourtant nous serions, dans cette affaire, le jury le plus éclairé, les juges les plus compétens.

Ces utiles renseignemens dont nous déplorons l'absence, ne manqueraient point à la sollicitude des juges, si, dans des circonstances aussi graves, M. Chouippe, officier de santé, n'eût point failli d'abord aux convenances les plus généralement senties parmi tous les gens de l'art, en ne provoquant pas une consultation, et surtout s'il n'eût pas enfreint la loi du 19 ventôse an XI, qui veut, art. 29: « Que les officiers de santé ne puissent pratiquer les grandes opérations chirurgicales, que sous la surveillance et sous l'inspection d'un docteur. »

Mais supposons un instant, ce qui est loin d'être prouvé, qu'il y ait eu dans le fait anévrysme, la responsabilité médicale ne serait pas encore applicable; ce qui nous conduit naturellement au second point que nous avons à examiner.

Quant au principe de la responsabilité en général, nous avancerons, en premier lieu, que ce principe n'est spécialement écrit dans aucune de nos lois, et qu'il n'a été quelquefois invoqué que par extension, par analogie. Est-ce à dire que ce principe aurait échappé aux législateurs modernes, lorsqu'il est tracé en caractères de sang dans les lois romaines? Nullement; et si nous demandons à Montesquieu la raison de cette différence, il nous répondra: « Les lois de Rome n'avaient pas été faites dans les mêmes circonstances que les nôtres; à Rome, s'ingérait de la médecine qui voulait; mais parmi nous les médecins sont obligés de faire des études, et de prendre certains grades; ils sont donc censés connaître leur art. » (*Esprit des Lois*, liv. 29, ch. 14).

Mais laissons de côté ce fait que le principe de responsabilité médicale n'est nulle part écrit dans les lois qui nous régissent; car, s'il était écrit dans la raison commune, nous en provoquerions, les premiers, l'instante application. Hâtons-nous, au contraire, de le dire: le principe de responsabilité médicale une fois admis, l'exercice libre, consciencieux, progressif, utile de l'art de guérir, devient impossible, et l'humanité demeure sans cesse en péril. Plus que nous, en effet, la société devrait redouter de voir placer le médecin dans cette cruelle alternative, ou de s'abandonner à une funeste inaction, et de livrer les malades aux progrès certains de leurs maux, en vue de sa tranquillité future, ou de tenter des médications, des opérations salutaires, sans doute, mais telles, cependant, que dans certains cas

qu'on ne saurait ni calculer, ni prévoir, elles pourraient compromettre son honneur, sa réputation, sa fortune. Ce n'est donc pas seulement la science, ce n'est pas exclusivement le corps médical qui en souffriraient, mais c'est surtout la société tout entière qui se trouverait sans cesse sompromise dans le triple but des souffrances à soulager, des maladies à guérir, et de la vie à prolonger.

Remarquons toutefois qu'il ne s'agit en aucune manière d'entraver l'action générale des lois contre les médecins, quant aux actes qui se trouveraient entachés de mauvaise foi, d'inadvertance, d'intention coupable ou d'erreur criminelle. Tout délit commis dans l'exercice de notre profession doit être puni avec d'autant plus de sévérité, que les coupables, par le fait même de la profession, auraient pu trouver plus de facilité pour l'exécution de leurs funestes projets; il est évident que tous les méfaits que l'on ne peut raisonnablement attribuer aux incertitudes de la science et aux difficultés de l'art, doivent être réprimés; tous les autres ne sont justiciables que du tribunal de l'opinion publique.

En général, l'heureux instinct qui domine les réunions nombreuses d'hommes éclairés, ne permet guère l'erreur quant aux faits qui réveillent chez tous la même pensée, et qui appellent la même sympathie. Or, ce nous est, Monsieur, un devoir et un bonheur à la fois de vous annoncer cette résolution prise par l'assemblée, qu'il vous sera donné des témoignages matériels et moraux de l'intérêt que votre malheureuse affaire a universellement inspiré; nous sommes flattés, Monsieur, d'avoir à vous en transmettre ici l'honorable expression.

Les Médecins de Paris.

—Nous recevons de M. Chouippe une lettre que nous ne croyons pas devoir insérer, d'abord parce que sa réclamation est conçue en termes inconvenans, mais surtout parce qu'elle n'est qu'une circulaire destinée à tous les journaux, et qu'il y est question de choses dont nous ne nous sommes pas occupés. Toutefois, dans l'intérêt de la justice et de la vérité, nous extrairons de cette lettre deux allégations que M. Chouippe oppose aux attaques dont il a été l'objet. La première, c'est qu'il n'a pas enfreint la loi, qui dit que les officiers de santé ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, *dans les lieux où celui-ci sera établi.* (Art. 29 de la loi du 19 ventose an XI.) M. Chouippe reproche avec raison aux auteurs de la lettre à M. Noroy d'avoir omis cette partie de l'article, qui change en effet la question. Il faut cependant savoir si la loi a prétendu établir un privilège en faveur des docteurs en médecine, ou seulement une garantie pour la société, et si cette garantie n'est pas exigible toutes les fois qu'elle peut être obtenue,

comme lorsqu'une opération grave n'est pas nécessitée dans un temps fort court; enfin, il faut savoir ce que la loi entend par le mot *lieux*, et quelle circonscrip tion elle y attache, quand il ne s'agit pas d'une ville. Du reste, on sent déjà, d'après de pareilles questions à décider, ce qu'a d'incomplet la législation qui régit la médecine, et combien surtout, l'institution des officiers de santé est contraire à la raison. — La seconde allégation de M. Chouippe est celle-ci : Il prétend avoir provoqué une *consultation* en écrivant à M. Noroy lui-même *par l'intermédiaire de son malade*. Nous ne savons pas si la commission des médecins de Paris a pu être instruite de ce fait, énoncé d'ailleurs d'une manière assez singulière. Quant à nous qui n'avons pu juger de l'affaire que par les étranges considérans du jugement de la Cour royale de Rouen, par la consultation de médecins de cette ville, et par la réponse de M. Chouippe à cette consultation, nous n'avons pas vu qu'il y fût fait mention des efforts qu'a faits M. Chouippe dans ce sens, et nous avons taxé sa conduite d'inconvenante, comme nous l'aurions fait de celle d'un docteur en médecine qui eût agi comme lui. —Nous nous garderons bien de reproduire les récriminations auxquelles se livre M. Chouippe dans le cours de sa lettre : elles prouvent que cet officier de santé ne comprend pas les motifs qui ont inspiré les médecins de Paris dans sa malheureuse affaire; ce n'est pas la cause de M. Noroy, docteur en médecine, qu'ils ont épousée, mais celle d'un principe qu'ils eussent aussi bien défendu dans la personne de M. Chouippe, officier de santé, s'il eût eu le malheur d'ouvrir une artère en faisant une saignée, ou, pour prendre un exemple plus applicable au cas actuel, si l'on eût voulu le rendre responsable des suites d'une opération d'anévrysme, en l'accusant de ne l'avoir pas faite avec habileté et suivant les règles connues de l'art.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide médical des Antilles, ou Etudes sur les maladies des colonies en général et sur celles qui sont propres à la race noire; par M. G. Levacher, *docteur en médecine. Paris*, 1834. *In-8.°* 250 *p. Chez J. B. Baillière.*

Sous ce titre, M. Levacher publie les observations qu'il a recueillies à Sainte-Lucie pendant un séjour de quatre années. Après avoir donné avec clarté et détails la topographie de cette île, il examine tout ce qui est relatif à l'état physique et moral des habitans : on trouve dans cette partie de l'ouvrage quelques faits curieux relativement à l'époque de la puberté, et à la coloration des cheveux et de la peau des Créoles. La puberté n'est pas plus hâtive chez eux que dans nos climats,

c'est-à-dire qu'elle a lieu de 12 à 14 ans pour les femmes, et de 14 à 16 pour les hommes. La couleur la plus ordinaire pour les cheveux est le châtain, et la peau est très-blanche. Ces faits sont en contradiction avec ce que rapportent une foule d'auteurs, entraînés peut-être par l'analogie qu'ils ont supposé devoir exister entre les habitans des colonies et ceux des parties méridionales de l'Europe. En étudiant les particularités qui se rattachent au climat des Antilles, l'auteur croit que la pesanteur de l'air joue un grand rôle dans le développement de l'indolence naturelle aux Créoles; il pense aussi que cette cause est très-influente dans la production des maladies qui sont plus nombreuses dans les plaines et sur la côte que dans les contrées élevées. Ce n'est point ici le lieu de discuter cette question avec détails; nous croyons pouvoir affirmer que cette influence est nulle, d'abord par ce qui se passe dans nos climats, où les variations barométriques sont beaucoup plus considérables, et où rien de semblable ne se remarque sous la seule action de la variation de pression, ensuite parce que la chaleur suffit pour expliquer ces faits, son intensité et les résultats qu'elle entraîne n'étant pas les mêmes à toutes les hauteurs.

M. Levacher passe ensuite en revue les diverses maladies générales ou locales qu'il a observées. Après avoir établi en principe que les affections aiguës internes ou externes parcourent leurs périodes avec une excessive rapidité, il signale une exception à cette règle à l'égard de la fièvre adynamique : les crises de cette maladie ne sont nulle part plus marquées, plus régulières et plus faciles à observer; les jours impairs sont constamment les plus graves, « et, ajoute l'auteur, il n'est pas d'application de sangsues sur l'épigastre qui puissent, comme en Europe, lui faire donner improprement le nom de gastro-entérite ». Les bains d'écorce de quinquina et l'extrait sec de Lagaraye réussissent dans cette affection, dans le cours de laquelle les complications cérébrales réclament l'emploi des sangsues. M. Levacher, dans son examen des fièvres ataxiques, qu'il considère comme des phlegmasies cérébrales, fait remarquer la ressemblance qu'elles offrent à leur début, avec les fièvres intermittentes cérébrales; il regarde comme urgent de les distinguer; mais, après avoir énuméré quelques symptômes propres aux unes ou aux autres, il passe à une étude plus approfondie des intermittentes, dans le traitement desquelles il combine les antiphlogistiques et les antipériodiques. Les réflexions qui terminent ce chapitre tendent à faire croire que la méningite se complique de fièvre pernicieuse, ou que celle-ci offre, au début, les caractères de la méningite; en un mot, ce passage m'a paru manquer de clarté dans l'exposition et les détails des deux affections auxquelles il est consacré.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne des fièvres des diverses types; elles n'offrent rien de particulier : nous

pensons qu'il aurait pu réunir à ce chapitre celui dans lequel il parle des convulsions cérébrales rémittentes des enfans, dont il obtient la guérison par le sulfate de quinine. L'article *Dysenterie* est traité avec soin; il est à remarquer que l'auteur, qui avait vu les bons effets des antiphlogistiques dans cette maladie en Europe, en signale l'impuissance sous d'autres conditions atmosphériques; il propose l'ipécacuahna dans la variété qu'il nomme *dysenterie muqueuse*, et qui est caractérisée par la fréquence des selles sanguinolentes et fétides, la prostration des forces, la conservation de l'appétit, etc. Il proclame *admirables* les propriétés de ce médicament dans ces affections, et les détails dans lesquels il entre à ce sujet justifient assez bien cette assertion. Du reste, cette maladie est aussi regardée par M. Levacher comme éminemment contagieuse.

Au nombre des observations de maladies du foie, il en est une qui a trait à un abcès de cet organe, qui aurait fusé dans la poitrine et aurait été évacué par expectoration de la matière purulente. Cette assertion me semble bien hasardée, comme on peut en juger: le foie paraissait peu développé, il était à peine douloureux, et seulement supérieurement; le poumon de ce côté était mat dans son lobe inférieur; respiration gênée; expectoration pénible d'un *pus blanc*, mêlé de stries sanguinolentes. Le malade avait fait une chute sur le côté droit six mois auparavant; de vives douleurs lancinantes et une grande chaleur s'étaient montrées de ce côté dans les premiers temps, avec impossibilité de se servir du bras; les saignées, les cataplasmes, un régime sévère et le calomel amenèrent la convalescence après trois mois.

« La phthisie pulmonaire est plus funeste sous le climat des Antilles que sous celui de l'Europe, dit M. Levacher ». Il cite l'exemple d'une dame qui, en *neuf* jours, a été atteinte et enlevée par cette affreuse maladie; elle est commune tant sur les blancs que sur les mulâtres; mais plus encore sur les nègres; l'auteur a pourtant marqué que les progrès de la sécrétion tuberculeuse se rallentissaient passagèrement chez les arrivans; mais après l'acclimatement, sous une cause quelconque, la maladie peut reprendre une activité nouvelle et amener promptement la terminaison fatale.

On trouve dans l'ouvrage de M. Levacher des notions curieuses sur les maladies propres à la race noire; on lira avec intérêt tout ce qu'il rapporte sur la résolution de mourir, le mouvement rétrograde du pouls, le mal d'estomac, les fractures spontanées, etc. On peut dire en général que ce livre mérite d'être lu; il est surtout empreint d'un ton de vérité qui en rend la lecture encore plus attachante. GUERARD.

De l'emploi du tartre stibié à hautes doses, contre les lésions traumatiques. Mémoire qui a remporté un des premiers prix accordés en 1833 par la Société chirurgicale d'Émulation; par J. Franc. Montpellier, 1834. In-8.° de 56 p.

Les observations que renferme ce mémoire ont été recueillies dans le service de Delpech et de M. Lallemand, qui ont appliqué avec succès au traitement de certaines lésions traumatiques, l'administration de l'émétique à haute dose. Tous les faits rapportés par M. Franc ne sont peut-être pas aussi concluans qu'il l'admet; mais leur ensemble n'en présente pas moins des résultats qui méritent de fixer toute l'attention des praticiens. Avant de transcrire ici les conclusions de ce mémoire nous croyons devoir expliquer la signification d'un mot que l'auteur employe à chaque page, et qui ne serait pas compris au premier abord. M. Franc appele *traumatisme* une blessure de quelque genre qu'elle soit : ainsi une plaie contuse ou une fracture est *un traumatisme*. Nous l'engageons bien sincèrement à éviter un néologisme qui était au moins tout-à-fait inutile ici, et qui n'a pas le mérite de la justesse.

Voici les propositions pratiques que M. Franc déduit de ses observations :

« 1° Le tartre stibié à haute dose, employé contre les lésions traumatiques, empêche le développement des accidens qui accompagnent ces lésions. »

« 2° Il combat avec succès les accidens du traumatisme, quand il est administré après leur développement. »

« 3° L'émétique à haute dose peut être employé dans toutes les inflammations d'organes, mais jamais il ne réussit aussi bien que lorsqu'on l'administre pour prévenir ou combattre les accidens du traumatisme. »

« 4° Toute espèce de traumatisme, excepté cependant celui qui est au-dessus des ressources de l'art (exception qu'il était fort inutile d'indiquer suivant nous), peut être combattu efficacement par l'émétique à haute dose. »

« 5° Le tartre stibié administré de cette sorte, agit en abaissant la température de la peau, en diminuant considérablement le nombre de pulsations du pouls, en modérant l'hématose, et, par suite, en ralentissant toutes les fonctions organiques. De là, l'abattement et la stupeur des malades. Ces effets puissans de l'émétique lui donnent une supériorité immense sur les antiphlogistiques ordinaires, et spécialement sur la saignée générale et locale. »

« 6° Les antiphlogistiques employés avant ou de concert avec l'émétique à haute dose, aident puissament celui-ci dans son action. »

Traité des maladies cancéreuses, ouvrage posthume de G. L. BAYLE, *médecin de l'hôpital de la Charité et de l'empereur Napoléon, etc.*; *précédé d'un portrait de l'auteur et d'une notice historique sur sa vie et ses ouvrages, et publié par son neveu* A. L. J. BAYLE, *docteur en médecine, etc.* Tome I.er Paris, 1834. In-8.°, pp. LVIII-564.

Ainsi que plusieurs autres médecins illustres, l'auteur du *Traité des maladies cancéreuses* n'avait point été destiné d'abord à la profession médicale; c'est au hasard ou plutôt à son courage civil que la science a dû un observateur attentif et un écrivain habile de plus. Il est douloureux de penser qu'un homme qui était si fortement animé de l'amour du vrai, et qui considérait l'observation sévère comme la base de tout travail en médecine, ait été enlevé lorsqu'il était dans toute la maturité de son talent. Bayle est mort d'une affection de poitrine, à l'âge de 42 ans, le 11 mai 1816. Il venait de terminer à peu de choses près le *Traité des maladies cancéreuses*, qui n'a vu le jour que dix-sept ans après sa mort, et dont nous devons la publication à M. A. L. J. Bayle son neveu. Cet ouvrage formait un manuscrit d'une étendue telle qu'il ne pouvait être renfermé dans moins de trois volumes in-8°. Aussi M. Bayle neveu a-t-il cru devoir retrancher une grande partie des nombreuses observations qui devaient suivre chacun des chapitres consacrés aux cancers en particulier, et ne conserver qu'un certain nombre de cas pour servir d'exemples. Il a été en outre obligé de terminer la troisième partie intitulée : *Questions générales*, pour lesquelles il n'a trouvé que des notes assez étendues et non rédigées, et de compléter la quatrième partie, consacrée au traitement, d'après les travaux de thérapeutique qui ont été faits depuis la mort de l'auteur.

Le *Traité des maladies cancéreuses* est précédé d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de Bayle. Cette notice, tracée par le neveu même de celui qui en fait l'objet, ne peut manquer d'exciter tout l'intérêt que font naître naturellement des documens authentiques sur un homme remarquable. On y voit Bayle à peine adolescent montrer un courage au-dessus de son âge, et, pour éviter les poursuites des émissaires de la convention, se réfugier à Montpellier, où il étudia la médecine, en quelque sorte, par circonstance. On y voit son goût impérieux pour la poésie, etc. Mais il n'était pas seulement dominé par le *démon de la poésie*, il l'était aussi par des idées religieuses, d'autant plus extraordinaires chez lui qu'elles semblent avoir été le résultat d'études et de recherches longues et consciencieuses. On a droit de s'étonner de voir une crédulité presque puérile chez un homme qui était si positif, si observateur, et qui, dans la plupart de ses travaux, se payait si peu par les apparences. Mélange bizarre, mais assez commun, de force et de faiblesse dans la même intelligence!

Nous n'avons sous les yeux que le premier volume du *Traité des maladies cancéreuses*. Il renferme une introduction et les deux premières parties du traité. Dans l'introduction, Bayle donne des considérations générales sur les secours que l'anatomie pathologique peut fournir à la médecine, pour la distinction, l'histoire et la classification des maladies, et surtout des maladies cancéreuses, et les caractères distinctifs de la dégénération cancéreuse et de plusieurs autres dégénérations qui pourraient être confondues avec le cancer. Ensuite, il décrit les espèces simples et composées de la dégénération cancéreuse, qui, suivant lui, s'élèvent à neuf, et il expose les différentes formes que cette dégénération peut revêtir. La première partie contient des généralités relatives aux maladies cancéreuses. L'auteur, après avoir expliqué ce qu'il entend par le nom de squirre, et après avoir tracé l'histoire abrégée du cancer, considéré comme affection locale, indique les effets généraux de cette maladie sur les *propriétés vitales* et sur les fonctions, ce qu'il désigne par le nom de *cachexie cancéreuse*, qu'il ne faut pas confondre avec la *diathèse*, et donne enfin le caractère distinctif des maladies cancéreuses. La seconde partie traite des maladies cancéreuses en particulier. On y trouve l'histoire du cancer des mamelles, qui sert à l'auteur de type, celle du cancer des testicules ou *sarcocèle cancéreux*, du cancer des glandes lymphatiques, de celui de la région parotidienne, de la glande thyroïde; du cancer squirreux de la peau, des tumeurs cancéreuses sous-cutanées, du cancer de la face et de l'intérieur de la bouche, du cancer rongeant des diverses parties de la surface du corps, du cancer de la verge, du cancer des ramoneurs, et enfin du cancer des yeux. Dans chaque chapitre Bayle a suivi la même marche : il donne la description extrêmement exacte des caractères anatomiques de la maladie et des diverses affections qui pourraient être confondues avec elle; il passe ensuite à son diagnostic qu'il établit avec autant de précision que le sujet le comporte; viennent ensuite les causes, le traitement et des observations particulières.

Les doctrines de Bayle sont connues depuis long-temps. La plupart de ses idées sur les maladies cancéreuses ont été mises au jour dans l'article CANCER du *Dictionnaire des sciences médicales* qui n'est qu'un extrait de son ouvrage. Nous devons signaler toutefois sa division des tissus cancéreux qui se trouve en opposition avec des idées récemment émises sur le même sujet. Bayle admet neuf espèces de tissus cancéreux, dont six seulement sont primitives : 1° Le tissu chondroïde ou cartilaginiforme; 2° le tissu hyaloïde ou vitréiforme; 3° le tissu larinoïde ou lardiforme; 4° le tissu bunioïde ou napiforme; 5° le tissu encéphaloïde ou cérébriforme; 6° le tissu colloïde ou gélatiniforme; 7° le tissu cancéreux composé (*cancer compositus*); 8° le tissu cancéreux entremêlé (*cancer intermixtus*); 9° le tissu cancéreux superficiel.

Bayle trace les caractères distinctifs de ces divers tissus d'après ses propres dissections, et il a soin de ramener cette division, qui paraît minutieuse au premier aspect, à des vues d'utilité pratique. Ainsi, la douleur, la marche de la maladie, la gravité du prognostic, etc., varient suivant que la maladie cancéreuse est constituée par tel ou tel tissu cancéreux. Par exemple, le tissu cancéreux napiforme donne lieu dans la mamelle à une tumeur facile, en général, à diagnostiquer : les sujets affectés de cette espèce de cancer ont souvent une dégénération cancéreuse dans d'autres organes que les mamelles, aussi l'opération ne doit-elle presque jamais être pratiquée, d'autant plus qu'ordinairement alors elle accélère la mort; mais en revanche, ce cancer a souvent une marche très-lente, il s'ulcère très-tard, et n'abrège pas sensiblement la vie. « J'ai vu, dit Bayle, une dame qui portait au sein gauche un cancer non ulcéré et indolent, formé par le tissu cancéreux bunioïde : elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. Lorsque je la vis pour la première fois (en 1805), elle était âgée d'environ 36 ans et bien réglée. Elle avait depuis cinq ans le sein gauche très-dur, et comme desséché et ridé, etc., etc. J'ai revu cette malade le 31 mai 1812 : elle continuait à jouir d'une bonne santé, et sa tumeur était à-peu-près dans le même état. »

Malgré les travaux récens sur les maladies cancéreuses, la science a fait, en définitive, si peu d'aquisitions importantes sur ce sujet depuis la mort de Bayle, que son traité peut être considéré aujourd'hui même comme un ouvrage nouveau, et nous n'hésitons point de dire avec son éditeur qu'il constitue une monographie du cancer tel qu'il n'en existait dans aucune langue.

Erpétologie générale, ou histoire naturelle complète des reptiles; par A. M. C. Duméril, *membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Médecine, professeur et administrateur du Muséum d'histoire naturelle, etc.; et par* G. Bibron, *aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. Paris*, 1834. *In*-8.°, 1.er *vol. Chez Roret.*

« Nous venons aujourd'hui, dit M. Duméril dans son discours préliminaire, après trente années de professorat sur l'erpétologie, présenter aux naturalistes un traité complet de l'histoire des reptiles, qui réunit pour la première fois, en un corps d'ouvrage, le résultat de nos études »

Personne n'était plus propre que M. Duméril à remplir cette grande lacune; sous sa direction, la collection des reptiles du Muséum a obtenu d'immenses accroissemens; de 292 espèces distinctes qu'elle renfermait du temps de Lacépède, auquel a succédé M. Duméril, elle a été portée à 846. La détermination, l'arrangement et la description d'un nombre si considérable d'espèces, exigeait des recherches infinies; il fallait analyser tous les travaux qui ont été publiés

sur cette matière, taut en France qu'à l'étranger : c'est ce qui a déterminé M. Duméril à s'adjoindre, en qualité de collaborateur, M. Bidron, aide et préparateur des cours d'erpétologie au Muséum.

Le tome premier de l'*Erpétologie générale* a seul paru jusqu'ici ; nous allons chercher, par une analyse rapide, à donner une idée de la marche suivie par les auteurs, et de l'immensité des faits physiologiques et anatomiques qu'il contient.

Les reptiles sont des *animaux vertébrés à poumons*, *à température variable*, *sans poils*, *ni plumes*, *ni mamelles*. On les divise en quatre classes ; les chéloniens (tortues), les sauriens (lézards), les ophidiens (serpens), et les batraciens (grenouilles).

Après avoir exposé d'une manière rapide les caractères à l'aide desquels les reptiles se distinguent non-seulement de tous les animaux vertébrés, mais encore les uns des autres, l'auteur examine les modifications que subissent chez eux les quatre grandes fonctions animales rangées dans l'ordre de l'influence qu'elles exercent sur la conformation, les fonctions et la manière de vivre.

Motilité. Le transport chez les reptiles est déterminé par la forme générale du corps et la structure des diverses parties : en effet, les uns sont dépourvus de membres ; d'autres, avec une échine immobile, en possèdent qui sont courts, mal articulés : chez ceux-ci ils sont inégaux et trop écartés ; chez ceux-là les dimensions relatives des différentes parties présentent les plus grandes dissemblances, d'où résulte un mode spécial de progression. Tous les reptiles peuvent être rangés dans l'un de ces quatre types. Aussi offrent-ils tous les modes de progression et tous les degrés de vitesse : ils marchent, courent, volent, rampent, nagent, grimpent, sautent, s'avancent sous terre à la manière des lombrics, etc. De plus, chez tous les animaux de cette classe, l'irritabilité musculaire est encore supérieure à celle des poissons ; on en a vu souvent conserver leurs mouvemens pendant plusieurs semaines, bien que dépouillés et décapités.

Sensibilité. Dans les reptiles, le système nerveux est double et complet, mais comme la portion médullaire est relativement plus volumineuse que la portion crânienne, cette disproportion est sans doute la cause de l'irritabilité extrême de ces animaux associée à des sensations très-limitées ; la torpeur chez eux porte bien plus sur la sensibilité générale que sur les organes de mouvement et de nutrition. D'après cela, on ne doit guère s'attendre à voir les fonctions sensoriales douées d'une grande activité. Le *tact* est nul dans les trois premières classes, dont l'épiderme est corné ou écailleux : chez les espèces à peau molle, il est obtus. Quant au toucher proprement dit, il n'existe chez aucun, par la disposition même des doigts et leur destination à faciliter le transport.

Le *goût* est peu développé chez les reptiles, qui, pour la plupart,

avalent sans mâcher, et ont la bouche calibrée d'après le volume de la proie qui leur est destinée.

Pour ce qui est de *l'odorat*, comme la respiration est arbitraire, que l'entrée et la sortie de l'air est brusque, que dans le plus grand nombre des cas l'animal ne remplit qu'à de longs intervalles ses vastes poumons, dont l'action est très-lente, on comprend que cette fonction soit très-obtuse, et l'on est peu surpris d'apprendre que l'appareil qui en est chargé soit rudimentaire,

L'audition est moins imparfaite ; elle se fait par un mécanisme et par un organe double, dont la structure fondamentale diffère peu de celle qu'on observe chez les mammifères et les oiseaux.

La *vision* s'opère au moyen d'un globe oculaire et d'organes accessoires servant à le protéger, à lubrifier sa surface et à le mouvoir ; ces organes accessoires offrent le plus de différences. C'est ainsi que les paupières manquent chez les serpens, dont la cornée transparente fait partie de la peau et de l'épiderme avec lequel elle se détache à chaque mue ; il semble qu'ici les paupières se soient réunies, et aient acquis de la transparence. Derrière elles, on rencontre un sac formé par les conjonctives palpébrale et oculaire, qui permet au globe de l'œil les mouvemens les plus étendus. Les muscles, chez les caméléons, présentent cette particularité presque unique parmi les animaux vertébrés, de ne pas agir simultanément. Enfin, dans quelques espèces, les yeux semblent manquer.

Nutrition. Les reptiles boivent et mangent peu ; ils peuvent supporter de grandes abstinences : M. Duméril a vu une émyde à long col rester plus d'un an sans prendre de nourriture. Ils sont carnivores, à l'exception de quelques tortues, et de la plupart des batraciens sans queue avant leurs métamorphoses. Ils extrayent tous les sucs des alimens qu'ils prennent ; aussi, chez les serpens, la faculté absorbante des intestins est telle, que leurs déjections fécales présentent, pour ainsi dire, l'extrait sec d'un animal tout entier, dont les parties, qui n'ont pu être liquéfiées, se retrouvent inaltérées, dans leur même situation relative ; on reconnaît, par exemple, dans un rat, la place occupée par le museau, les moustaches, le duvet des oreilles, les poils de diverses couleurs et longueurs qui correspondent au dos, au ventre et à la queue ; le sel terreux des os indique le lieu qu'ils occupaient ; en un mot, c'est l'analyse la plus complète par voie de dissolution, de compression et d'absorption.

Circulation. Deux oreillettes, excepté chez les batraciens, qui n'en ont qu'une, et un ventricule incomplètement cloisonné, dans lequel se mélangent les sangs artériel et veineux apportés par les oreillettes, tel est le cœur des reptiles ; et comme les poumons, d'après cette organisation, ne reçoivent qu'une partie de la masse du sang, dont le reste retourne non hématosé aux organes, on comprend que la circulation de ces animaux soit lente, volontaire comme leur respira-

tion, et qu'ils puissent vivre long-temps après l'ablation du cœur.

Respiration. Le mécanisme de cette fonction n'est pas le même chez tous les reptiles; les chéloniens et les batraciens inspirent l'air par des mouvemens successifs de déglutition, tandis que les sauriens et les ophidiens inspirent à l'aide de côtes mobiles; de plus, ces deux dernières classes n'ont qu'un seul poumon conique, étendu le long de l'échine.

Chaleur animale. La dénomination d'animaux à *sang-froid* donnée aux reptiles est on ne peut plus inexacte : leur température est basse ou élevée suivant les circonstances dans lesquelles ils sont placés. Ils résistent à la chaleur extérieure par l'exhalation des liquides, et pendant l'hiver de nos régions, ils restent plongés dans un sommeil léthargique, durant lequel les fonctions vitales sont en quelque sorte volontairement suspendues.

Excrétions diverses. Un grand nombre de reptiles portent de l'odeur, qui paraît due à l'évaporation d'humeurs sécrétées, soit dans les bourses anales, comme chez les sauriens et les ophidiens, soit dans les parotides, comme les crapauds et les salamandres, etc. Cette odeur est alliacée, hydro-sulfureuse, sulfureuse, aigre, piquante comme le raifort, etc.

Reproduction des membres. Pline a avancé, et Blumenbach a répété cette expérience, que les yeux détruits chez un lézard vert se régénéraient en peu de temps; les membres jouissent du même avantage, et M. Duméril a vu le même membre reproduit jusqu'à quatre fois consécutives sur le même animal.

Propagation. Dans les quatre classes de reptiles, les sexes sont séparés. Hormis les batraciens, tous les autres s'accouplent, mais sans union durable : les batraciens se retirent dans l'eau, et y arrosent de leur liqueur séminale les œufs abandonnés par la femelle. Presque tous sont ovipares, quelques-uns seulement sont ovovivipares. La copulation est tantôt instantanée comme chez les lézards, tantôt prolongée au delà même de trente jours, sans que le mâle ait quitté la femelle, ainsi qu'on le voit parmi les chéloniens. C'est ordinairement dans les premiers jours du printemps que s'opère ce rapprochement des sexes; les mâles sont alors reconnaissables à des caractères de coloration, de conformation, etc., qui souvent disparaissent après l'époque de la fécondation.

L'histoire générale des reptiles dont nous venons de rendre compte, occupe tout le premier livre; le second est consacré à l'indication des ouvrages généraux sur l'erpétologie. Ce livre est divisé en deux parties : la première comprend un examen critique des auteurs principaux, classificateurs, méthodistes ou systématiques, qui ont écrit sur les reptiles, rangés dans l'ordre chronologique; la deuxième renferme l'énumération, par ordre alphabétique, de tous les autres auteurs généraux.

Enfin, le troisième livre traite de l'histoire particulière des chéloriens ou tortues, et des chélonographes tant généraux que spéciaux. Nous regrettons que les bornes de cet article ne nous permettent pas d'entrer dans quelques détails sur ces animaux curieux.

L'ouvrage de MM. Duméril et Bidron est, sans contredit, l'un des plus remarquables qui aient paru depuis longtemps ; c'est un travail d'une érudition immense, mise en œuvre avec tant d'art, que, loin d'en être fatiguée, l'attention du lecteur est constamment captivée par l'intérêt et la multiplicité des faits, la perfection de la méthode, l'élégance du style, qui sans cesser d'être clair, s'élève et devient brillant, toutes les fois que la nature du sujet l'exige. Des copies exactes de la collection de peintures sur vélin, exécutées par MM. Chazal, Redouté, Huet, etc., ajoutent un nouveau prix à cette publication, pour le succès de laquelle rien n'a été omis. Aussi, n'hésitons-nous pas à regarder ce livre comme indispensable à tous ceux qui s'occupent d'histoire naturelle : c'est pour eux qu'il a été écrit, et « nous le leur présentons avec confiance, dit notre savant professeur, dans l'espoir de faciliter leurs études et de les aider surtout efficacement dans les recherches auxquelles il pourront avoir à se livrer par la suite. » Nous ajouterons que les médecins le consulteront aussi avec le plus grand fruit ; il suffit de rappeler à ce sujet que les expériences sur l'*irritabilité* animale et celles qui ont servi de base à l'ouvrage si remarquable de M. Edwards (*Influence des Agens physiques sur la vie*), ont été faites sur des animaux de la classe des reptiles. GUÉRARD.

Reflections on the nature of inflammation, and its alleged consequences. — *Réflexions sur la nature de l'inflammation, et sur ses prétendus effets*; *par* DAVID BADHAM, *M. D.*, *etc.* Glascow, 1834, In-8.°, 87 p.

Suivant le docteur Badham, l'inflammation est une augmentation d'action des vaisseaux de la partie enflammée ; elle a son point de départ dans les capillaires rouges ; le système nerveux n'y est pour rien ; ces vaisseaux capillaires ayant un arrangement identique dans tous les tissus, le travail inflammatoire est identique partout ; l'inflammation est un travail naturel et non morbide, etc. — Toutes les productions morbides qui ont été considérées par quelques pathologistes, et notamment par les partisans de M. Broussais, comme des produits de l'inflammation, en sont complètement indépendantes. En effet, comment une cause identique aurait-elle des effets si variés et si différens entre eux ? D'ailleurs le travail inflammatoire étant un travail naturel, il ne peut donner naissance à des produits morbides. Il y a plus, la suppuration, les adhérences, l'ulcération, le ramollissement, la gangrène, etc., ne sont point des produits de l'inflammation ; ils n'ont avec elle que des relations de simple coïncidence, peuvent exister sans elle ou la compliquer. Dans ce dernier cas, ils ont leur cause propre, leur travail spécial qui marche en même temps que le travail inflammatoire. D'ailleurs, le docteur Badham n'admet point *d'inflammations latentes* ; envain un tissu offre-t-il après la mort les altérations anatomiques assignées à l'inflammation : ces traces n'ont aucune signification, si, pendant la vie, les symptômes n'ont révélé l'existence d'une inflammation dans cette région ; car l'auteur pose en principe général que les lésions anatomiques de nos organes ne sont susceptibles d'interprétation que quand elles sont en harmonie avec les symptômes.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1834.

Observations de maladies des centres nerveux; recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur* ROSTAN, *par* A. DUPLAY, *chef de clinique.

Un assez grand nombre de faits intéressans sur les maladies des centres nerveux s'étant présenté, dans le service de M. Rostan, pendant le cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler, nous avons pensé qu'il serait intéressant de les publier avec détails.

Parmi ces faits nous nous sommes presque exclusivement bornés à ceux dans lesquels l'étude des symptômes a été éclaircie et confirmée par l'étude des lésions anatomiques; car, malgré les progrès incontestables que les travaux de ce siècle ont fait faire à l'étude des maladies de l'encéphale, il est encore plusieurs points de symptomatologie sur lesquels les divers auteurs ne sont pas d'accord, et qui réclament nécessairement le secours de l'anatomie pathologique.

Chacune de ces observations présentera d'autant plus d'intérêt qu'elle servira de développement aux idées que M. Rostan a émises dans ses leçons théoriques sur les affections cérébrales. Nous regrettons que ces idées ne puissent être exposées d'une manière plus méthodique; mais on comprendra que dans une simple revue de faits les opinions

que chacun d'eux vient confirmer ou détruire doivent les suivre immédiatement.

Obs. Ire. *Symptômes cérébraux depuis plusieurs années à l'approche de l'été. Méningite avec encéphalite superficielle. Mort.* — Jean Liger, épicier, âgé de 29 ans, d'une haute stature, d'une constitution athlétique, éprouvait, depuis plusieurs années à l'approche du printemps ou de l'été, des symptômes cérébraux plus ou moins graves. Au commencement de l'été de 1833, il avait été pris d'une céphalalgie violente et d'un délire furieux qui disparurent au bout de quelques jours sous l'influence de plusieurs saignées du bras. Depuis cette époque, on avait remarqué que de temps en temps il existait un léger trouble dans les idées. Cependant Liger jouissait habituellement de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, il se plaignit à plusieurs reprises de maux de tête violens ; on remarqua plusieurs fois dans ses idées du trouble et de l'incohérence. Un jour, entre autres, il ramassa dans la cour de sa maison un morceau de plâtre, le serra précieusement, prétendant que c'était une pierre très-curieuse. Son frère, dont nous tenons ces renseignemens, nous dit que dès lors il s'attendit à voir reparaître les accidens des autres années, parce que c'est ainsi qu'ils avaient débuté chaque fois. Il nous ajouta que son frère, depuis son enfance, avait été sujet à des attaques d'épilepsie qui revenaient très-rarement, et qu'il nous décrivit d'une manière assez exacte. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, et sans avoir commis d'excès, Liger éprouve, en sortant du spectacle, des étourdissemens et une augmentation très-rapide de la céphalalgie qui le tourmentait depuis quelques jours. Son frère qui l'accompagnait, est obligé de le soutenir, car la marche devient chancelante. Ses idées se troublent ; en arrivant chez lui il déraisonnait complètement et il a plusieurs vomissemens. Pendant la nuit et le lendemain, le délire, la céphalalgie et la fièvre augmentent.

Pendant la nuit suivante, le délire devient furieux, le malade se lève, court dans sa chambre et veut se jetter par la fenêtre. Le lendemain, un médecin est appelé pour la première fois, et, comme le malade était dans une chambre fort petite et malsaine, il le fait transporter à l'hôpital où il entre dans la soirée.

Lors de son entrée, le 21 mars 1834, il présentait l'état suivant : face rouge et injectée; pouls excessivement fréquent et développé ; agitation extrême. Le malade délire, vocifère, se lève à plusieurs reprises et court dans la salle. Une fois il s'élance vers une fenêtre, et il allait s'y précipiter lorsque l'infirmier et d'autres malades sont assez heureux pour l'arrêter. Mais dans les efforts qu'il fait en se debattant, il se heurte très-violemment la tête contre l'espagnolette de la fenêtre. On parvient à le recoucher, et, avec les plus grandes difficultés, on lui pratique une saignée du bras de quatre palettes. Des sangsues sont placées derrière les apophyses mastoïdes, et des cataplasmes synapisés sont appliqués aux jambes. Le délire n'en persiste pas moins, mais il cesse au milieu de la nuit. Le malade tombe dans l'assoupissement, on n'en peut plus tirer aucune réponse, et il meurt à quatre heures du matin.

Autopsie, 30 *heures après la mort*. — La dure-mère était saine ; l'arachnoïde était parfaitement lisse et transparente; elle ne présentait ni injection, ni aucun produit de sécrétion anormale. La pie-mère était très-fortement injectée, surtout dans la portion qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux. Cette injection était distribuée par plaques plus ou moins étendues, et formée par l'injection des capillaires et des vaisseaux plus volumineux; elle était infiltrée de sérosité légèrement trouble. Les membranes adhéraient fortement à la substance corticale du cerveau, et lorsqu'on les détachait on enlevait avec elles une couche de substance grise de trois ou quatre lignes d'épaisseur dans

certains points, et moins épaisses dans d'autres. Cette altération était générale, mais plus marquée vers la convexité que vers la base où elle existait cependant aussi. La substance corticale ainsi ramollie était fortement injectée; elle avait une teinte violacée et se dessinait sur la substance blanche d'une manière bien plus tranchée que dans l'état normal. La substance blanche était sablée de rouge, et en général un peu moins consistante qu'elle ne l'est ordinairement. Du reste, toutes les parties du cerveau, et le cervelet lui même, présentaient aussi cette altération. La moelle épinière était parfaitement saine. Les deux poumons, sains dans le reste de leur étendue, étaient engoués vers leur base et leur partie postérieure. Tous les autres organes étaient à l'état normal.

Cette observation est un cas bien tranché de méningite avec encéphalite supérficielle. Il confirme parfaitement l'opinion de M. Rostan sur le délire qui accompagne la méningite. La substance grise est celle qui préside à l'intelligence; et dans la méningite, s'il y a du délire, c'est que la couche superficielle de l'encéphale participe d'une manière plus ou moins complète à l'inflammation. C'est tantôt une injection plus ou moins vive qui peut disparaître après la mort, comme on voit disparaître la rougeur de l'érysipèle. Tantôt l'injection a été plus profonde, plus durable; aussi elle n'a pas disparu avec la vie, et on la retrouve d'une manière plus ou moins prononcée à l'examen du cadavre. D'autres fois enfin, il y a un véritable ramollissement de la substance grise. En enlevant les membranes du cerveau on détache une couche très-superficielle de cette substance, et il faut alors la plus grande attention pour s'en apercevoir; car la substance grise qui reste sur les circonvolutions présente seulement un aspect légèrement rugueux. D'autres fois, comme dans cette observation, le ramollis sement est tel qu'il ne pourrait pas échapper même aux yeux les moins exercés.

Du reste, ces idées ont été confirmées par trois cas de méningite que nous avons observés; car dans ces trois cas il y avait eu du délire, et dans tous les trois il y avait ramollissement plus ou moins marqué de la substance corticale.

Obs. IIe. — *Méningite. Encéphalite. Ramollissement avec ecchymose et pétéchies de la substance blanche. Ulcération de plusieurs plaques de Peyer.* — Le nommé Poirel, garçon tailleur, âgé de 18 ans, d'une stature moyenne, d'une constitution faible en apparence, éprouve, vers le 18 avril, une céphalalgie violente qui avait été précédée de plusieurs épistaxis. Presque en même temps la vue s'obscurcit et il survient des bourdonnemens dans les oreilles; cependant le malade ne perd pas connaissance et n'éprouve aucun trouble de la motilité. Ces symptômes persistent pendant dix à douze jours, et le malade, sentant qu'il s'affaiblissait, se décide à entrer dans un hôpital. Il se rend à pied au Bureau Central et de là, malgré son extrême faiblesse, à la Pitié, où il entre le 1er mai. Il présente le lendemain les symptômes suivans.

2 mai. Décubitus dorsal; face pâle; strabisme, qui n'existe que depuis quelques jours, au dire du malade. Pupilles largement dilatées des deux côtés. Un peu d'étonnement dans le regard. Vision intacte. Quelques bourdonnemens dans les oreilles. Légère incohérence dans les idées; la nuit il y a eu du délire. Réponses brusques, saccadées, mais justes pour la plupart. Mouvemens parfaitement libres. Langue sèche, rouge à la pointe, légèrement fuligineuse. Soif assez vive; pas de nausées, pas de vomissemens, pas de sensibilité à l'épigastre ou dans le reste du ventre. Trois selles, dont la première de matières solides, et les deux autres en diarrhée. Rien du côté de la respiration. Le pouls bat 90 fois par minute. La peau est chaude et sèche. Rien du côté des sécrétions. (15 sangsues à l'anus, 15 sangsues aux apophyses mastoïdes. Eau de gomme,

lavement émollient. Synapismes aux extrémités inférieures. Diète. Tenir la tête élevée).

Jusqu'au 5 l'on ne remarque aucun changement; seulement il y a un peu plus de prostration. Du reste, le malade n'a pas eu de diarrhée; il a présenté chaque nuit du délire, et le matin à la visite, ce caractère particulier dans la manière de répondre, que nous avons déjà noté. Pendant cet intervalle on a appliqué la glace sur la tête du malade.

Le 5 mai. Face pâle. Le malade a la tête cachée dans ses draps qu'il ramène sur ses épaules comme s'il avait froid. Il répond dans cette attitude; ses réponses sont aussi brusques, aussi saccadées; elles ne sont pas toujours justes. Strabisme de plus en plus prononcé; pupilles très-dilatées. Le malade voit cependant bien. Les mouvemens sont un peu moins faciles dans le bras droit, qui se porte à la tête plus lentement que le gauche. Quant à la sensibilité, elle paraît avoir un peu diminué des deux côtés du corps. Langue sèche, fendillée, rouge; les dents sont encroûtées d'un enduit fuligineux. Rien du côté de l'abdomen. Le malade a été à la selle à la suite d'un lavement. Rien du côté de la poitrine. Le pouls marque 120 pulsations. (Saignée de 3 palettes. Synapismes. Glace sur la tête. Gomme. Lavement émollient).

M. Rostan pense que l'affection, bornée d'abord aux méninges et à la substance grise du cerveau, s'est étendue en profondeur et gagne la substance blanche de l'hémisphère gauche,

Le soir, vers six heures, le malade perd connaissance, il n'entend plus, il ne répond plus; cet état qui a commencé lorsqu'on a appliqué la glace, cesse au bout de deux heures.

6. Prostration plus grande; réponses lentes; parole embarrassée, articulation des mots difficile; somnolence, rêvasserie; strabisme. La pupille droite est plus dilatée que

la gauche. La vision paraît moins nette. L'ouïe est obtuse. La paralysie du membre thorachique droit se prononce de plus en plus. La sensibilité est obtuse, mais elle ne l'est pas plus à droite qu'à gauche. Soubresauts des tendons. Le tronc est fortement incliné à droite. Lorsqu'on redresse le malade il retombe sur le côté droit. La langue est sèche et fendillée. Rien du côté du ventre. Il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. Les urines s'échappent involontairement. Odeur de souris.

M. Rostan prescrit pour le soir 15 sangsues aux apophyses mastoïdes dans le cas où il surviendrait un paroxysme, et deux vésicatoires aux mollets si la prostration avait augmenté.

Le soir, la tête était fortement inclinée à droite par une sorte de torsion du col. Lorsqu'on voulait ramener la tête à sa rectitude naturelle on éprouvait une résistance assez forte. Stupeur. Réponses presque nulles. Dilatation très-considérable des pupilles ; la gauche, un peu moins dilatée, est moins contractile que la droite. Les 2 vésicatoires sont appliqués.

Le 7, la prostration est extrême ; tous les symptômes de la veille persistent. La paralysie du côté droit est complète. La stupeur est excessive ; le malade ne répond plus. Il y a des soubresauts dans les tendons. Le pouls est excessivement petit ; il n'offre plus qu'une sorte de tremblement. La mort est imminente, et elle a lieu dans la soirée.

Autopsie, 38 heures après la mort. — On ne remarque rien de particulier à l'extérieur du corps. La dure-mère ne présente rien de notable ; la cavité de l'arachnoïde contient une très-petite quantité de sérosité ; la pie-mère est injectée et parcourue par de nombreux vaisseaux ; çà et là on aperçoit des lignes grisâtres formées par des traînées de pus, qui, dans certains points, accompagnent les vaisseaux, et qui dans d'autres pénètrent avec la pie-mère entre les anfractuosités. Du reste, cette suppuration est bien

au-dessous de l'arachnoïde ; car, en passant le scalpel sur la membrane séreuse, on ne déplace pas la matière purulente. Les membranes adhèrent fortement à la substance corticale ; lorsqu'on les enlève, on détache en même temps une couche assez épaisse de cette pulpe. Alors les circonvolutions apparaissent rugueuses, inégales, et présentent une injection bien évidente. Cette adhérence et ce ramollissement se remarquent à gauche dans un bien plus grand nombre de points que sur l'hémisphère droit. Vers la partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère gauche, près de la grande scissure interlobaire, la suppuration de la pie-mère est plus avancée que partout ailleurs dans l'étendue d'un pouce quarré ; les membranes, très-adhérentes vers ce point, entraînent après elles une couche de substance corticale de plusieurs lignes d'épaisseur. En enlevant par tranches minces la substance cérébrale, on rencontre, vers la partie centrale du lobe moyen, l'altération suivante :

La substance blanche, au lieu de présenter sa couleur naturelle, prend graduellement, à mesure que l'on pénètre plus profondément, une teinte d'un jaune serin très-clair et tirant un peu sur le vert. La consistance de la substance cérébrale a diminué à mesure que l'on pénètre vers le centre de la partie altérée, elle devient de plus en plus diffluente. Vers la partie centrale de ce ramollissement qui a un pouce cube environ, la substance cérébrale est piquetée de rouge. Cette portion qui représente un cercle rougeâtre de quatre lignes de diamètre environ, est parsemée d'une infinité de petits points rouges; examinées de près, on peut s'assurer que ce ne sont pas des ouvertures de vaisseaux, car la pression n'en fait pas sortir de sang; ce sont plutôt de petites suffusions sanguines, comparables à des pétéchies. Au milieu de ce cercle, il existe un point central d'un rouge plus foncé que le reste, offrant une certaine résistance au doigt, formé par un petit caillot san-

guin du volume d'un grain de chenevis. Plus on s'en rapproche, plus les pétéchies sont nombreuses et pressées. Plus on se rapproche de la circonférence du petit cercle, plus elles sont rares et disséminées; le reste de cet hémisphère ne présente de remarquable qu'une consistance un peu moindre dans toute son étendue. Le ventricule de ce côté contient environ deux gros de sérosité limpide ; mais on ne peut évaluer au juste la quantité qui existe, car, en ouvrant la moelle épinière, une esquille a déchiré les membranes, et une assez grande quantité de sérosité s'est écoulée par cette ouverture. En incisant l'hémisphère droit, l'on rencontre, vers la partie antérieure du lobule antérieur, une altération tout-à-fait analogue à celle qui existait dans l'hémisphère gauche; même coloration, même consistance de la substance cérébrale; même pointillé, même caillot central; seulement ce dernier est plus volumineux : il est du volume d'un noyau de cerise. Le ventricule correspondant contient à-peu-près la même quantité de sérosité que celui du côté opposé. Les couches optiques, les corps striés des deux côtés, le *septum lucidum*, sont d'une consistance un peu moindre que dans l'état normal. Vers la base du cerveau il n'existe aucune trace de suppuration.

La moelle épinière, dont les enveloppes ne présentent rien d'anormal, a conservé sa consistance naturelle, excepté vers la région cervicale où elle est sensiblement ramollie.

Les poumons, sains et crépitans dans leur sommet et leur partie antérieure, sont engorgés à leur partie postérieure et à leur base. Le cœur n'offre rien de particulier.

Le péritoine est parsemé d'une infinité de taches d'un gris ardoisé; ces taches sont formées par de petits cercles, au centre desquels on aperçoit la couleur normale du péritoine; elles sont également répandues sur le péritoine pariétal et sur celui qui recouvre les viscères.

Dans l'intestin grêle, vers la fin de l'iléon, il existe trois plaques de Peyer tuméfiées et rouges; deux autres sont légèrement ulcérées. Les follicules isolés de Brunner sont généralement volumineux. Plusieurs ganglions mésentériques sont rouges et tuméfiés; le cœcum est rouge. Rien dans les autres organes abdominaux.

Ce cas est remarquable par l'existence simultanée d'une dothinentérie, d'une méningite, et d'une inflammation de la pulpe cérébrale. Aussi, comme il existait des symptômes et du côté des voies digestives et du côté des centres nerveux, M. Rostan fit-il ressortir toute la difficulté qui existe souvent à distinguer ces deux affections l'une de l'autre. D'un côté le trouble de l'intelligence, le caractère particulier des réponses, la céphalalgie, le strabisme sans lésion de la sensibilité et de la motilité annonçaient une lésion des méninges. De l'autre côté, la sécheresse de la langue, son enduit fuligineux, plusieurs selles en diarrhée annonçaient une lésion de l'intestin. Mais bientôt les symptômes observés du côté des voies digestives se réduisirent à la sécheresse de la langue, car la diarrhée cessa. C'est alors que les symptômes d'une affection cérébrale prirent le dessus, et que l'on put annoncer une lésion de la pulpe cérébrale par la diminution graduelle de la sensisibilité générale et de la locomotilité du côté droit.

Dans le fait qui suit, le ramollissement s'est développé autour d'un foyer hémorrhagique, et ce travail a été reconnu et annoncé pendant la vie.

Obs. IIIe. — *Attaque d'apoplexie; ramollissement consécutif autour du foyer hémorrhagique; pneumonie; tartre stibié à haute dose; hémorrhagie intestinale très-abondante. Mort.* — Chevalier, âgé de 65 ans, d'une taille peu élevée, pléthorique, ayant le col volumineux et court, jouissait habituellement d'une bonne santé, seulement il dormait beaucoup et il était sujet à des migraines qui se montraient à des intervalles indéterminés. Le 20

mars, en sortant de déjeûner, comme à son ordinaire, et sans avoir rien éprouvé de particulier, il tombe sans connaissance ; on le relève, et il reste dans cet état pendant une heure. Alors il veut essayer de se lever ; mais le membre pelvien du côté gauche, frappé de paralysie, se dérobe sous le poids du corps. Le bras du même côté a perdu aussi le mouvement et le sentiment. Un médecin fait appliquer 14 sangsues à l'anus, donne 4 grains d'émétique qui déterminent plusieurs vomissemens et des selles abondantes, et prescrit pendant deux jours des frictions sur les membres paralysés avec un liniment excitant. Le malade, après ce traitement, reste abandonné à lui-même, conservant toujours son hémiplégie, et il entre à l'hôpital de la Pitié le 28 mai, deux mois et huit jours après son accident. Le lendemain à la visite, il présentait l'état suivant :

Apparence de santé, teint coloré ; légère déviation de la commissure droite des lèvres. Membres supérieur et inférieur droits dans l'état normal. La jambe et la cuisse gauche sont complètement immobiles, mais conservent leur sensiblité, et le malade y éprouve des fourmillemens et de légères douleurs. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont infiltrés. Le membre supérieur gauche a repris sa motilité à-peu-près normale, et n'est le siége ni de fourmillement ni de douleurs ; la langue ne présente rien d'insolite dans ses mouvemens, et les sens s'exercent avec toute leur intégrité. L'intelligence paraît intacte. Il y a de la soif, de l'anorexie. La respiration est un peu pénible ; il y a de la toux et une expectoration muqueuse assez abondante.

L'auscultation ne fait rien découvrir ; mais la percussion donne à la région du cœur un son mat dans une étendue plus grande que dans l'état ordinaire. Du reste, les battemens ne présentent rien d'insolite. Quant au pouls, il marque 84 pulsations, et il est plus faible à gauche qu'à droite.

D'après ces symptômes, M. Rostan diagnostiqua une

hémorrhagie moyenne, dans l'hémisphère droit du cerveau. (Saignée de 3 palettes ; chiendent avec crême de tartre).

31 Mai, la saignée est couenneuse. Il y a eu du délire pendant la nuit, et des douleurs vives dans le pied paralysé, ce qui fait présumer qu'un travail inflammatoire s'est développé autour du foyer hémorrhagique.

Les deux jours suivans, le délire se montre encore chaque nuit, sans que les autres symptômes aient acquis une plus grande intensité.

Le 3 juin, l'état s'est aggravé. La face est pâle ; elle exprime la douleur. Les réponses sont alternativement lentes et brusques, et souvent elles sont remplacées par des signes que fait le malade. Du reste, il n'y a rien du côté des sens, et l'état des membres paralysés n'a pas changé. La respiration est gênée : par momens elle est très-précipitée, presque haletante; puis tout-à-coup elle redevient lente, pour s'accélérer de nouveau. Toux fréquente; expectoration muqueuse. La percussion donne un son mat à gauche et à droite vers la partie inférieure de la poitrine. La respiration est très-obscure dans ces différens points, et l'auscultation découvre en outre du râle crépitant. Vers la partie moyenne, du reste, ces signes sont plus marqués à droite qu'à gauche. Pouls marquant 88 pulsations, et présentant des intermittentes. Langue rouge et sèche ; soif vive ; diarrhée. (Saignée de 14 onces; large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine).

Les 4, 5 et 6, il n'y a pas de délire, et l'état du poumon semble un peu amélioré. Le 7, il y a retour du délire, les crachats sont légèrement rouillés. Quant aux membres paralysés, ils sont dans le même état que les jours précédens, et l'on ne remarque rien du côté des sens.

Le 8 et le 9, l'état de la poitrine s'aggrave; outre du râle crépitant, on peut entendre encore le souffle bronchique dans la partie supérieure des deux poumons. Pouls fréquent, à 90 pulsations, présentant de nombreuses inter-

mittences. Abdomen ballonné. (Appliquer un vésicatoire à chaque cuisse).

Jusqu'au 14, l'état du malade reste le même, et chaque nuit il a des rêvasseries.

Le 15, l'affaiblissement général a augmenté ; pâleur de la face; léger strabisme; dilatation des pupilles. La sensibilité est très-obtuse dans les membres paralysés. Les urines et les matières fécales s'échappent involontairement. Crachats rouillés ; même état des poumons; le pouls marque 90 pulsations; il est irrégulier, intermittent, et beaucoup plus faible que dans l'état normal.

Le 16, l'état du malade étant toujours le même (tartre stibié gr. viij, dans quatre onces d'infusion de violettes.) Le 17 et le 18, le malade semble un peu moins mal. Il a eu chaque jour plusieurs évacuations alvines. Les crachats sont moins rouillés, et le pouls présente moins d'intermittence. Du reste, il n'y a rien de nouveau du côté des phénomènes cérébraux et du côté des sens. Cet état continue jusqu'au 20, époque à laquelle le malade refuse de prendre la potion émétisée.

Le 21, le malade a eu beaucoup de délire pendant la nuit. Le matin, il est dans la prostration. La face est pâle et altérée. Strabisme plus marqué; le membre supérieur gauche est complètement paralysé du mouvement et du sentiment. Déglutition un peu embarrassée. Du reste, peu de trouble du côté de l'intelligence, car le malade répond encore assez juste aux questions qui lui sont adressées. Langue sèche et fuligineuse; excrétion par l'anus d'une quantité énorme de sang noir, abondant, fétide, et qui s'est renouvellée deux fois en une heure. Météorisme du ventre, mais pas de douleur. (Lavement avec décoction de simarouba, q. s. ; acide sulf., ʒ ß).

Le 22, le malade est agonisant ; il ne répond plus que très-difficilement. Les traits sont profondément altérés : l'état des membres paralysés est le même. Les déjections

ont été très-abondantes, et sont exclusivement sanguinolentes comme la veille. Cet état s'aggrave de plus en plus, et le malade succombe le 23 à deux heures du matin, vingt-cinq jours après son entrée à l'hôpital, et trois mois après l'invasion de la maladie.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Cadavre d'une pâleur remarquable, sans rigidité. On remarque de l'œdème vers la jambe et le pied gauches.

Tête. La dure-mère ne présente rien de particulier; elle est pâle, et adhère dans certains points à la voûte du crâne. L'arachnoïde a perdu çà et là sa transparence, et l'on remarque une infiltration assez marquée du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Au niveau du lobule postérieur droit, les membranes, qui partout ailleurs se détachaient avec la plus grande facilité des circonvolutions cérébrales, adhèrent fortement à la substance corticale dont on enlève une couche légère. Cette substance grise, qui est même rouge et injectée, présente un peu de boursoufflement. En pénétrant plus profondément, on arrive dans un foyer hémorrhagique long d'un pouce, large d'un demi-pouce environ. Ce kyste, dont les parois sont un peu affaissées, est revêtu d'une espèce de membrane d'un tissu plus consistant que le cerveau, et contient dans son intérieur de la sérosité d'un jaune tirant sur le rouge. Autour de ce kyste la substance cérébrale est ramollie, presque diffluente, d'une couleur rosée uniforme, comme si elle était pénétrée par une teinture. Cette sorte d'atmosphère de ramollissement qui entoure le foyer apoplectique a bien un pouce d'épaisseur. En avant, le ramollissement s'étend jusqu'à la couche optique du côté correspondant. Dans le corps strié du même côté se rencontre un autre petit foyer hémorrhagique d'un quart de pouce de diamètre, contenant aussi de la sérosité, et au centre de la couche optique, il en existe un autre du volume d'un pois. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche, près du sillon inter-lo

bulaire, il existe un autre kyste semblable, d'un demi-pouce d'étendue, à parois jaunâtres, contenant un peu de sérosité. La portion du cerveau qui l'entoure est un peu ramollie dans l'étendue de quelques lignes. La protubérance annulaire et le cervelet sont à l'état normal. Les artères de la base du cerveau présentent quelques points ossifiés. La moelle épinière est saine dans toute son étendue.

Thorax. Hépatisation rouge de toute la moitié inférieure du poumon droit. Infiltration séreuse de tout le reste de son étendue; le gauche, fortement engorgé, présente un point d'hépatisation circonscrite à sa partie inférieure et antérieure. Le cœur est beaucoup plus volumineux, et présente vers sa pointe un anévrysme partiel, altération étrangère à notre sujet et sur laquelle nous nous proposons de revenir dans un travail spécial.

Abdomen. L'estomac offre à l'extérieur une teinte brunâtre, ainsi que les intestins. Cette coloration est due à une grande quantité de sang fluide et en caillots qui remplit leur cavité. La muqueuse de l'estomac, au niveau de son grand cul-de-sac, est d'un rouge brun très-foncé. Du reste, elle offre sa consistance naturelle. La muqueuse intestinale est partout pâle et décolorée et sans aucune trace d'injection. Nulle part on ne découvre d'ulcération qui ait pu donner lieu à ces hémorrhagiés abondantes. Les autres organes abdominaux ne présentent rien de remarquable; seulement la rate est un peu ramollie.

Ce genre de ramollissement doit être considéré aussi comme le résultat d'une inflammation. Le sang, épanché au milieu de la pulpe cérébrale, agit alors comme un corps étranger et en détermine l'inflammation et le ramollissement. On ne peut dire que ce dernier ait précédé ici l'hémorrhagie cérébrale, car il n'y avait eu aucun des signes précurseurs du ramollissement. La maladie a débuté d'une manière subite, et, après avoir diminué pendant quelque temps, elle s'est ensuite aggravée peu à peu. Le trouble de

l'intelligence, la fièvre, l'augmentation des désordres de la sensibilité et du mouvement, annonçaient un travail inflammatoire autour du foyer hémorrhagique.

Nous ferons de plus remarquer la singulière terminaison de la maladie par une hémorrhagie intestinale des plus abondantes, et dépendant d'une simple exhalation sanguine.

Dans l'observation qui va suivre, le ramollissement est d'une nature tout autre, et ne peut plus être attribué, comme dans le précédent, à un travail inflammatoire.

Fourmillement et engourdissement dans les doigts. Tout-à-coup perte de connaissance. Paralysie simultanée des quatre membres. Perte de l'intelligence. Mort. Double ramollissement du cerveau, occupant chaque lobule postérieur dans une assez grande étendue. — Pierre Selon, âgé de 64 ans, journalier, demeurant rue Montorgueil, N° 73, entre à l'hôpital de la Pitié le 24 avril 1834. Cet homme, qui avait toujours joui d'une bonne santé, éprouvait, depuis deux mois environ, des picotemens, des engourdissemens dans les doigts des pieds et des mains. Souvent il laissait échapper les corps peu volumineux qu'il voulait prendre, tels que des aiguilles et des épingles, parce que ses doigts étaient comme engourdis. Depuis quelque temps sa femme avait remarqué une grande tendance au sommeil; cependant il n'en jouissait pas moins de tous ses mouvemens et de l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Le 10 avril, comme il était occupé à déménager et qu'il courait pour chercher une clef qu'il avait oubliée, il éprouve un étourdissement, il chancèle et tombe tout-à-coup sans connaissance. Le malade est aussitôt porté chez lui; il avait perdu dans les quatre membres le mouvement et la sensibilité. L'intelligence revint au bout d'une heure environ; mais pour la sensibilité et le mouvement ils res-

tèrent abolis dans les quatre membres. Cette perte du mouvement et de la sensibilité dans les quatre membres à la fois nous fut attestée par le malade, par sa femme et son gendre, et par le médecin qui fut appelé. Une saignée du bras fut pratiquée, des sinapismes furent appliqués aux jambes, des frictions furent faites sur les membres avec *une énergie et une persévérance telles*, que deux escarrhes excessivement profondes en furent le résultat. Huit jours après l'accident, on put constater dans les membres inférieurs un peu de sensibilité et quelques mouvemens; les bras, quelques jours après, purent exécuter de légers mouvemens et redevinrent un peu sensibles; pendant tout ce temps, les doigts des deux mains restèrent fléchis. Le malade, voyant son état ne s'améliorer que très-lentement, fut amené à l'hôpital, et le 25 avril, lendemain de son entrée, il présentait l'état suivant :

25 avril. Décubitus dorsal; face un peu pâle. Les lèvres ne présentent pas de déviation, non plus que la langue. Les deux bras sont immobiles, ce qui peut tenir en partie à la paralysie et à la douleur résultant de deux plaies très-profondes qui siègent à chaque bras et qui sont la suite des frictions qui ont été faites sur les membres. Quelques légers mouvemens des extrémités inférieures lorsqu'on dit au malade de les remuer. De temps en temps, petits mouvemens convulsifs et involontaires dans ces membres, mais surtout dans la jambe droite et dans les doigts des deux pieds. Quant à la sensibilité, elle est très-obtuse dans les bras, et un peu moins dans les extrémités inférieures. Pas de céphalalgie. La vue est intacte; les pupilles sont dilatées, mais contractiles. L'ouïe et le goût ne présentent rien d'insolite. Il n'y a pas de céphalalgie, pas de délire; l'intelligence est intacte. Rien de particulier du côté de la poitrine, si ce n'est un peu de toux. Le pouls marque 60 pulsations. Les organes digestifs ne présentent rien d'anormal.

(15 sangsues à l'anus ; (1) chicorée avec sulfate de soude. Lavement purgatif. Tête élevée).

26. L'infirmier et la sœur ont remarqué, à plusieurs reprises, et surtout pendant la nuit, de l'incohérence dans les idées du malade; cependant il répond juste à toutes nos questions. La voix est un peu plus faible que la veille; la langue tend à se sécher; il y a eu des déjections alvines involontaires. On remarque toujours le même état dans les extrémités, et des mouvemens convulsifs assez nombreux, non-seulement dans les membres inférieurs, mais encore dans les membres thorachiques. (Chicorée. Sulfate de soude. Lavement émollient. Tête élevée).

Le 27 et le 28. Les soubresauts continuent toujours ; les mouvemens volontaires ne sont pas plus étendus; la sensibilité dans les quatre membres paraît un peu exaltée : quand on y touche le malade paraît vivement souffrir. Les sens restent intacts. Langue sèche; soif vive; déjections involontaires. Respiration un peu bruyante et plaintive; pouls marquant 60 pulsations par minute. Les plaies du bras sont extrêmement profondes. (Orge miel., lavement émollient).

Le 29. Une escarrhe s'était montrée au sacrum. Des symptômes d'adynamie étaient survenus; la langue était sèche, couverte d'un enduit fuligineux. Les paupières étaient collées par un mucus épais. L'on remarquait, dans la sensibilité des membres, le même état que les jours précédens.

Le 30, l'état du malade s'était aggravé.

Le 1er mai. La vision est pervertie; le malade distingue mal les objets qu'on lui présente. Les pupilles sont très-resserrées et immobiles ; l'œil était fixe ; l'ouïe est obtuse. Le malade ne répond plus toujours juste. La sensibilité

---

(1) Elles furent appliquées aux cuisses, à cause de l'impossibilité à tourner le malade sur le côté.

des membres a diminué de nouveau. Langue sèche et fuligineuse ; évacuations involontaires. Quant à la respiration et à la circulation, elles étaient excessivement ralenties. On voyait sur le ventre des pétéchies, et çà et là l'épiderme était soulevé de manière à former de petites bulles remplies de pus. (Vésicatoires aux cuisses. Sinapismes. Orge miel. avec une demi-once de crême de tartre. Lavement.)

Le 2 mai, le malade était agonisant et ne présentait rien de particulier. Il mourut pendant la nuit.

Autopsie 30 heures après la mort. — Large escarrhe au sacrum; larges plaies à chaque avant-bras et surtout au coude du côté gauche, où il en existe une d'un demi-pouce de profondeur et qui s'étend jusqu'au tendon du triceps brachial.

Tête. La dure-mère adhère intimement à la face interne du crâne; aussi est-il impossible de les séparer; et, en enlevant la calotte du crâne, on est obligé d'enlever toute la portion de la dure-mère qui recouvre la face supérieure des hémisphères cérébraux. La cavité de l'arachnoïde contient une assez grande quantité de sérosité. Entre les deux feuillets de la membrane il existe, dans plusieurs points, des adhérences celluleuses d'ancienne date, et généralement elle a perdu sa transparence habituelle. La pie-mère est infiltrée de sérosité et ses vaisseaux sont gorgés de sang. Les membranes se détachent des circonvolutions cérébrales avec une difficulté telle, que dans certains points on enlève avec elles une couche mince de substance corticale. Généralement la substance grise des circonvolutions cérébrales est plus injectée, moins consistante que dans l'état normal, et elle est parcourue par une multitude de petits vaisseaux qui la sillonnent et lui donnent une teinte violacée.

La substance blanche est généralement moins consistante que dans l'état normal. Vers la partie postérieure du lobule postérieur droit, à peu près à la partie moyenne de

son diamètre vertical, la substance blanche cesse de présenter son organisation normale ; elle est ramollie, comme diffluente, s'écrase en bouillie sous le scalpel qui veut la diviser par tranches. Ce ramollissement a bien un pouce et demi d'étendue dans tous les sens. Vers le point correspondant du côté opposé, la même altération existe au même degré; la coloration, la consistance de la substance blanche, sont les mêmes que du côté opposé, mais dans une étendue un peu moindre, un pouce cube environ. Des deux côtés les corps striés et les couches optiques ont une consistance moindre que dans l'état normal, mais elles n'offrent pas un ramollissement comparable à celui des lobules postérieurs. Le cervelet et la moelle épinière présentent le même état.

Les poumons étaient très-fortement engoués; quant au cœur, il n'offrait rien de remarquable. Les viscères abdominaux ne présentaient aucune lésion digne d'être notée.

Dans ce cas, le ramollissement est la seule lésion qui ait existé : aussi se présente-il avec une marche régulière, et ce fait pourrait-il servir, pour ainsi dire, de type ? Ces engourdissemens dans les membres, ces fourmillemens, cette diminution graduelle dans la sensibilité, cette difficulté à saisir les corps d'un petit volume, sont pour M. Rostan les signes caractéristiques du ramollissement. Ces signes manquent quelquefois, il est vrai, mais beaucoup plus rarement qu'on ne le croit ; tantôt c'est par la faute de l'observateur qui n'a pas porté toute son attention sur ce point, tantôt c'est parce que l'état du malade empêche qu'on n'en puisse tirer tous les renseignemens ; d'autres fois enfin, parce que les malades n'ont pas fait attention à des symptômes aussi légers en apparence. Quoi qu'il en soit, ce qui prouve l'importance et toute la valeur de ces signes, c'est que, dans les cas où ces renseignemens n'ont pu être obtenus, tout diagnostic devient impossible.

Un point fort embarrassant dans ce cas, c'était la localisation du ramollissement. Il y avait paralysie de quatre membres. M. Rostan pensa qu'il existait une double altération dans les hémisphères. Ce qui le faisait pencher vers cette opinion, c'est qu'il y avait conservation de l'intelligence. Or, si l'altération eût occupé les parties centrales, il y aurait eu perte de l'intelligence, comme il a eu occasion de l'observer plusieurs fois.

Un point non moins curieux de cette observation, c'est le mode de traitement employé chez ce malade. N'est-il pas curieux, dans l'état actuel de la science, après les travaux sur les maladies de l'encéphale dont s'honore notre siècle, de voir un médecin rappeler dans un cas de ce genre la sensibilité à force de frictions sèches sur les membres, et dans son fanatisme pour les propriétés vitales, détruire les tissus pour leur rendre la vie. C'est cependant ce que nous avons pu constater; car ces escarrhes profondes, dont la chute laissait à nu les muscles et les tendons, étaient le résultat des frictions qui avaient été pratiquées sur les membres paralysés.

Dans l'observation qui suit, on peut juger de la difficulté du diagnostic, lorsque l'on n'a pas, sur les antécédens de la maladie, tous les renseignemens nécessaires.

OBS. Ve. — *Ancienne attaque d'apoplexie, suivie de paralysie du côté gauche; symptômes de congestion sanguine revenant; nouveaux symptômes d'hémorrhagie cérébrale; paralysie du côté droit. Mort. Ramollissement de la moitié gauche du mésolobe et de son prolongement antérieur correspondant.* — Marie Volders, journalière, âgée de 33 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a cinq ans, de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. à la suite de laquelle le côté gauche resta paralysé. Depuis lors, la malade éprouvait fréquemment de la céphalalgie, des vertiges et des éblouissemens. Aussi se faisait-elle saigner presque tous les mois

dans la crainte de voir le même accident se reproduire. Elle avait négligé de se faire saigner et avait retardé de quelques jours seulement cette évacuation sanguine habituelle, lorsque, le mercredi 13 novembre, elle tomba tout-à-coup en faisant son ménage (1). La malade fut saignée aussitôt, on lui appliqua 20 sangsues dans la soirée. Mais le lendemain, la perte de connaissance étant toujours complète, on fit appliquer un large vésicatoire à la nuque, on donna une infusion de fleurs de tilleul avec addition d'un grain de tartre stibié par pinte. La nuit suivante, la malade commença à recouvrer un peu sa connaissance, elle demanda plusieurs fois à boire, mais d'une manière assez confuse, et enfin le lendemain 15, elle entra à l'hôpital; le 16 elle était dans l'état suivant :

16 novembre; face pâle; commissure gauche des lèvres fortement tirée en dehors. Les muscles des joues se laissent distendre passivement. On remarque un peu de strabisme. Décubitus sur le dos. Résolution complète des membres du côté droit; soulevés, ils retombent comme une masse inerte. La sensibilité n'est pas entièrement abolie, la malade témoigne de la douleur quand on pince la peau, mais il faut pincer fortement. Le bras et surtout la main du côté gauche ont un aspect tout particulier, le pouce est fortement fléchi dans la paume de la main, les doigts sont légèrement atrophiés, et la main présente l'aspect des membres frappés depuis long-temps de paralysie. Aussi, d'après cette seule inspection du membre, et sans avoir connaissance du commémoratif de la maladie, M. Rostan prononce-t-il qu'il y a eu précédemment une hémorrhagie cérébrale, suivie d'une paralysie de ce membre. Les renseignemens ultérieurs vinrent justi-

(1) Nous ferons remarquer que ces détails nous furent donnés long-temps après l'entrée de la malade à l'hôpital. Nous reviendrons tout-à-l'heure sur ce point.

fier ce diagnostic. La malade répond difficilement, cependant elle déclare elle-même qu'elle est malade depuis trois jours; les réponses et la parole sont difficiles. La malade demande à boire à plusieurs reprises. Céphalalgie. Les organes digestifs ne présentent rien de particulier; aucun [illegible]mptôme du côté de la poitrine; le pouls, un peu dé[illegible]oppé, marque 84 pulsations. (La malade ayant été sai[illegible], on prescrit 8 sangsues au-dessous de chaque apophyse [illegible]ïde; infus. de chicorée avec sulfate de magnésie, 1 once d[illegible]haque pot; lavement purgatif; cataplasmes synapisé[illegible]mpresses froides sur le front. Élévation de la tête).

[illegible]'état s'est aggravé. Tous les symptômes observés la v[illegible] subsistent encore; de plus, la malade ne parle pas, [illegible] ne répond plus aux questions qui lui sont adressées. [illegible]spiration, qui était libre la veille, commence à s'emba[illegible]er. (Infus. de chicorée avec sulfate de magnésie; laveme[illegible]gatif; cataplasmes sinapisés; compresses froides sur la t[illegible]

[illegible] 18; [illegible] pâle, altéré; strabisme plus marqué que la veille; [illegible]issure gauche des lèvres tirée fortement en dehors [illegible]olution complète des membres du côté droit. Lorsq[illegible]pince le bras ou la cuisse, la malade grimace, mais [illegible]t serrer la peau assez fortement. La parole est null[illegible] malade paraît étrangère à ce qui l'environne. La lan[illegible]t pâle, elle est un peu sèche. La pression sur l'abdo[illegible]ne détermine aucun signe de douleur. Plusieurs [illegible]tions alvines involontaires. La respiration est sterto[illegible] Le pouls très-petit marque 90 pulsations. (L'on continue la même prescription).

Le 19; la malade est agonisante. Tous les sens sont abolis. La sensibilité est complètement anéantie dans les membres du côté droit. La respiration est excessivement bruyante et le pouls presque nul. Une sueur visqueuse couvre la malade. Le 20, agonie. Sorte de constriction du larynx, respiration très-pénible. Langue sèche et fuligi-

neuse. Abdomen tendu ; selles involontaires. Morte le soir, à 9 heures et demie.

Autopsie 36 heures après la mort. — L'état extérieur ne présente rien de remarquable.

Tête. La dure-mère adhère çà et là aux os du crâne. Le sinus longitudinal supérieur renferme un caillot fibrineux d'une couleur jaunâtre. Du reste, les parois du sinus ne présentent rien de particulier. L'arachnoïde et la pie-mère paraissent épaissies ; il existe une infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ce qui donne aux membranes une teinte opaline. Du reste elles sont fortement injectées et parcourues par de nombreux vaisseaux sanguins. La substance corticale est d'un gris violacé ; elle paraît moins consistante que dans l'état normal, et se dessine plus nettement sur la substance blanche. Cette dernière est sablée de rouge ; généralement elle est un peu moins consistante que dans l'état normal. On ne rencontre dans l'épaisseur des lobes cérébraux de chaque côté aucune trace d'hémorrhagie cérébrale. Les ventricules ne contiennent qu'une très-petite quantité de sérosité. Les couches optiques, les corps striés ne présentent aucune lésion. Le *septum lucidum* est un peu moins consistant que dans l'état naturel. La protubérance cérébrale présente les altérations suivantes : sa moitié gauche est fortement ramollie ; le ramollissement occupe presque la totalité de l'épaisseur du prolongement antérieur gauche. La substance cérébrale est convertie en une sorte de bouillie d'un blanc rosé. Au centre de cette portion ramollie, il existe une petite cavité irrégulière capable de loger un gros pois, et renfermant une très-petite quantité de sang non accumulé en foyer, mais comme combiné avec la substance cérébrale ramollie. Le prolongement antérieur gauche et le côté opposé de la protubérance n'offrent rien de semblable. Le cervelet est parfaitement sain.

Poitrine. Les poumons de chaque côté adhèrent à la

plèvre costale à l'aide de fausses membranes. Le poumon droit adhère par son sommet à la plèvre corrospondante. Son tissu vers ce point est d'un gris foncé et très-dur. Il existe vers ce point une espèce de froncement de la plèvre et du tissu du poumon, et de plus une petite cavité capable de loger un gros pois, revêtue par une membrane lisse. Le reste du poumon est sain, excepté vers la base où il existe un engouement très-marqué. Il en est de même du poumon du côté opposé; sa base est très-fortement engouée. Le cœur est sain, il ne présente aucune trace d'hypertrophie.

Abdomen. Tous les organes contenus dans l'abdomen furent examinés, et aucun d'eux ne présenta d'altération.

Cette observation peut servir à prouver combien le diagnostic est souvent rendu difficile chez les malades des hôpitaux, par le défaut de renseignemens exacts sur la marche des maladies qu'ils présentent. Or, ce besoin des données certaines sur les prodrômes et sur la marche des accidens, ne se fait jamais plus impérieusement sentir que pour le diagnostic des affections cérébrales. Dans l'observation que nous rapportons, les réponses de la malade, quoique justes, celles des personnes qui l'entouraient et qui la fréquentaient habituellement, ne furent pas suffisantes, comme on peut le voir. Suivant eux, la femme Volders, au milieu de toutes les apparences de la santé, avait été frappée comme subitement de perte de connaissance et de paralysie. C'est plus tard seulement que des renseignemens nous furent donnés par le médecin de la malade, renseignemens tout à-la-fois plus éclairés et plus en rapport avec la lésion trouvée dans le cerveau. Cette femme, comme nous l'apprit une petite note remise par le médecin, était sujette à de fréquentes congestions cérébrales qui nécessitaient des évacuations sanguines presque tous les mois. L'encéphale n'était donc pas dans son état normal, puisque chaque mois il se manifestait des symptô-

mes assez graves pour que l'on eût recours à la saignée générale. Cette femme, pour elle-même, pour les personnes qui l'entouraient, et qui n'étaient pas plus éclairées qu'elle, jouissait en apparence d'une bonne santé, tandis que pour le médecin elle était sous le poids d'un travail pathologique vers l'encéphale. Pour l'ignorant, la maladie avait commencé avec la perte subite de connaissance et avec la paralysie; pour l'homme de l'art qui possédait ces détails la maladie avait commencé plus tôt. Que l'on supprime maintenant ces données sur les prodrômes de la maladie, voilà qu'elle change complètement de nature, et voilà que faute de renseignemens suffisans la maladie semble avoir débuté d'une manière subite, quoiqu'effectivement elle ait marché d'une manière progressive. C'est ce qui arriva chez la femme qui fait le sujet de cette observation. Cependant la marche ultérieure de la maladie vint jeter du doute sur son début prétendu si rapide et si instantané; ce doute ne tarda pas ensuite à s'augmenter encore de tout le poids des renseignemens fournis par le médecin de la malade.

Mais ce fait, fort intéressant sous le rapport de la difficulté du diagnostic, ne l'est pas moins sous celui du siège de l'altération. Les cas de ramollissement de la protubérance annulaire, bornée surtout à un seul côté, sont excessivement rares. L'intensité des symptômes, comparée au peu d'étendue de la lésion, est bien remarquable, et s'explique très-bien par le siège important qu'elle occupe.

Faisons encore une remarque. Supposons qu'un observateur peu éclairé ou peu attentif ait été témoin d'un fait de ce genre; supposons qu'il ait été observé avant les travaux modernes sur les maladies des centres nerveux; une altération aussi petite aurait-elle été découverte? N'est-ce pas là un de ces cas qu'il aurait été facile de prendre pour une *apoplexie nerveuse?*

(*La suite au prochain Numéro.*)

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (observations recueillies dans le service de M. le professeur ANDRAL*), par* MAX. SIMON, *D. M. P.* (III.ᵉ partie).

2.ᵉ SÉRIE. — *Effets des purgatifs dans les affections de l'appareil digestif.*

I.ʳᵉ OBS. — *Alternative de constipation et de dévoiement avec coliques.* — Une femme âgée de 54 ans, marchande des quatre-saisons, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant éprouvé jusque-là, comme accidens qui doivent être notés, qu'une légère hémoptysie et une atteinte de rhumatisme, nous présente le 12 février la série des symptômes suivans : langue naturelle, soif, diminution d'appétit, bouche mauvaise, ventre ballonné, sonore autour de l'ombilic, mat suivant le trajet du colon; douleur développée par la pression sur les deux flancs; épigastre également douloureux; constipation qui a succédé à un dévoiement assez abondant, arrêté depuis plusieurs jours; pouls à 64; 36 respirations à la minute; sueurs la nuit, sans frisson ni chaleur initiales. Il n'y a que cinq à six jours que ces sueurs existent; elles paraissent se lier à l'exaspération des douleurs; elles ont au moins jusqu'ici coïncidé avec cette exaspération. Palpitations, étourdissemens. (Deux onces d'huile de ricin; deux pots de bouillon aux herbes; diète).

Le 13, nous notons que cette femme a eu des selles abondantes, bilieuses : la langue est naturelle, il y a moins de soif, l'appétit est développé, nulle douleur à la pression; soit à l'épigastre, soit dans le reste de l'abdomen, point de ballonnement : moins de douleurs de tête, point de palpi-

tations, point d'étourdissemens; pouls à 60, nombre des respirations non compté : on permet le huitième de la portion. Le 14, il y a eu 4 ou 5 selles constituées par des matières jaunâtres, et sans coliques; rien autre chose d'anormal à signaler : le quart, puis la demi-portion sont permis, et supportés sans accidens : la malade sort le 17 en bonne santé, les selles étant redevenues naturelles.

Quelle est la nature de la maladie qui fait l'objet de cette observation? Cette question peut être posée, car le titre que nous lui avons donné ne traduit point la nature de l'affection, il signale seulement deux de ses symptômes les plus saillans : si nous faisons attention au peu de réaction que développait l'état des voies digestives chez cette malade, nous serons porté à penser que s'il y avait irritation de la muqueuse, cette irritation était fort légère : d'un autre coté, si nous remarquons que tous les accidens cessent, dès que des selles abondantes ont été obtenues, nous ne pourrons guère douter que ces accidens ne dépendissent de l'accumulation des fèces dans le gros intestin.

Obs. IIe — Le nommé Foret, couché au n° 11 de la salle Saint-Léon, y avait été traité d'une hémoptysie; il se disposait à sortir, tous les accidens aigus ayant disparu, quand le jour même où il allait quitter l'hopital, il fut pris d'un accès complet de fièvre intermittente qui ne se reproduisit point, mais qui fut remplacé par un mal de gorge assez intense et les symptômes d'un embarras gastrique : bouche amère, anorexie, épigastre et ventre indolens; pouls à 80. M. Andral prescrit 2 grains d'émétique et un pot de bouillon aux herbes. Il en résulte quatre selles sans coliques, et deux vomissemens : l'amertume de la bouche a disparu, langue normale, appétit, cessation complète du mal de gorge, le pouls est redescendu à 60. Le malade demeure encore quelques jours dans la salle, et nous avons pu nous assurer que cette guérison était aussi franche qu'elle avait été rapide.

OBS. III°. — Une femme âgée de 28 ans, cardeuse de matelas, avait ses règles depuis deux jours, elles coulaient abondamment, quand elle apprit une nouvelle fâcheuse, qui fit sur elle une très-vive impression; c'en fut assez pour que celles-ci s'arrêtassent sur le champ. Peu de temps après cette impression brusque, étourdissemens violens, douleur épigastrique, vomissemens, soif ardente, abolition de l'appétit. Les vomissemens se calmèrent bientôt; mais le lendemain, les autres symptômes persistaient. De plus, frisson violent de deux heures, suivi de chaleur vive et de sueur abondante, que nous pouvons constater encore ce matin, troisième jour de l'accident. Ce jour-là, 3 mars, nous trouvons la malade dans l'état suivant : langue humide, sans rougeur aucune, recouverte d'un enduit blanchâtre, et un peu collante; anorexie complète, amertume de la bouche; point de vomissemens depuis hier; douleur épigastrique augmentant à la pression; le reste du ventre est indolent; point de selles liquides; céphalalgie vive. Le pouls, assez développé, donne 104 pulsations à la minute; la peau chaude est couverte d'une sueur abondante. Aux joues, au col, à la poitrine, cette membrane présente de larges plaques rouges, irrégulièrement disposées, qui pâlissent sous la pression, pour reprendre rapidement leur couleur rouge, dès que celle-ci cesse. Dans cet état de choses, il était difficile de porter un diagnostic précis : la fièvre intermittente reparaîtrait-elle, quelqu'organe interne s'affecterait-il spécialement, avions-nous sous les yeux une affection aiguë de la peau? Ces questions ne pouvaient être résolues. M. Andral, dans ce doute, s'en tient à la médecine expectante. Le 2, point de nouvel accès; symptômes de pléthore, persistance du reste des autres accidens observés la veille. Le pouls toujours assez développé, donne encore 100 pulsations à la minute. Une saignée de 4 palettes est prescrite. Le 3, le pouls a diminué de fréquence, il est à 88. Sueur abondante toute la nuit;

pleurésie aiguë. — Une femme, âgée de 66 ans, venait d'avoir une pleurésie aiguë qu'on avait heureusement combattue par la méthode antiphlogistique. Bien que durant tout le cours de cette pleurésie notre attention ait été et ait dû être fixé sur les organes thoraciques, la muqueuse gastro-intestinale n'était pourtant point dans l'état normal. Souvent la malade accusait des douleurs de ce côté. Nous avons plus d'une fois constaté que le ventre était tendu, chaud. La malade avait aussi accusé, pendant quelques jours, une chaleur insolite à la gorge. Quoiqu'il en soit, la pleurésie étant une fois terminée, la malade continuait d'avoir une fièvre intense. Comme on n'en trouvait point la raison du côté de l'appareil respiratoire, on a dû la chercher ailleurs. L'état du tube digestif put seul nous en rendre compte. Voici les symptômes qu'on observait de ce côté : langue pâle, couverte d'un enduit blanc, épais, bouche amère, rapports acides ; pesanteur à l'estomac après l'ingestion des boissons ; ventre douloureux à la pression en divers points ; le pouls donnait 124 pulsations à la minute. M. Andral prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le lendemain, 16 février, la malade dit avoir rendu beaucoup de matières bilieuses très-liquides ; point de nausées ; la langue est redevenue naturelle ; l'amertume de la bouche a cessé ; point de soif ; appétit développé. On presse l'épigastre sans douleur. Les douleurs abdominales sont notablement diminuées ; le pouls est descendu à 88.

Le 17, quelques douleurs fugitives ; cependant la malade mange le quart de la portion qui est bien supporté. Le 18, la demie ; le 19, elle sort rétablie.

Obs. VIe. — Une femme, âgée de 26 ans, culottière, avait été contrainte, par l'état de misère dans lequel elle se trouvait depuis six mois, de se nourrir exclusivement de mauvais légumes. Sous l'influence de ce régime, bientôt dérangement des digestions. Vers la fin de mars, en

même temps que la dyspepsie devint plus complète, elle se vit prise d'un érysipèle à la face qui, s'étant bientôt limité, n'entraîna aucun accident sérieux. Pourtant le gonflement de la face, survivant à la desquamation, ne disparaissait que lentement; en même temps céphalalgie forte, étourdissement, agitation durant la nuit. Le trouble des fonctions digestives allait en augmentant; la langue était légèrement rouge à son extrémité et recouverte à son centre d'un enduit jaunâtre; anorexie complète; nausées; constipation depuis huit jours. Le pouls bat 96 fois à la minute. (*Prescript.* : diète. 2 grains tartre stibié).

Trois vomissemens composés de matières bilieuses ont lieu; du reste, peu de changement dans l'état du malade. On prescrit le purgatif ordinaire; il provoque six selles sans coliques. La céphalalgie, les étourdissemens, ont cessé; les nausées, l'amertume de la bouche, l'enduit qui recouvrait la langue ont disparu. Appétit, bien être général; le pouls diminue de fréquence, ne donne plus que 70 pulsat. par minute. Le malade sort bientôt.

Obs. VIIe. *Coliques avec constipation.* — Une blanchisseuse, âgée de 64 ans. n'est plus réglée depuis l'âge de 48 ans. A partir de ce moment, cette femme est devenue sujette à des sueurs qui ne paraissent point affecter une partie spéciale du corps. Elle a, de plus, régulièrement deux fois par mois, un dévoiement qui dure deux ou trois jours, et donne lieu à huit ou dix selles plus ou moins abondantes chaque fois, et qui d'ailleurs n'interrompt pas même l'appétit. Depuis trois ans, ce dévoiement est devenu un peu moins fréquent. Il y a dix-huit mois, il est devenu assez intense pour qu'elle ait cru devoir s'en occuper; l'état dans lequel la malade s'offre aujourd'hui à notre examen est le suivant : Rien d'anormal n'est perçu du côté des organes thoraciques. Langue sèche et rouge à son centre et à sa pointe avec deux bandes blanches de chaque côté; soif, anorexie depuis quatre jours. Le ventre, ballonné, est le siège

d'une douleur vive qu'une pression assez légère augmente d'une manière notable ; cette douleur, qui existe surtout autour du nombril, descend jusqu'au pubis. Il y a constipation depuis cinq jours ; la miction est douloureuse, principalement à la fin de l'émission du liquide. Le pouls donne 72 pulsations par minute ; il présente quelques irrégularités que rien d'appréciable ne saurait expliquer. La peau est couverte de sueur.

Cette malade est d'abord soumise au traitement antiphlogistique. On lui pratique une saignée, puis on fait une application de sangsues vers le ventre ; elle est mise aux tisanes adoucissantes et tenue à la diète. Elle demeure, sous l'influence de cette méthode, depuis le 22 février jusqu'au 2 mars. Pendant tout cet intervalle de temps, à peine observons-nous une remission légère des principaux symptômes, et qui disparaît bientôt pour faire place à une exaspération évidente de la maladie le 2 mars. Dans la nuit de ce jour-là, coliques très-vives, la malade se présente souvent à la garde-robe et ne rend que très-peu de matière. La langue est blanche, humide ; la bouche est mauvaise. Point d'appétit ; nausées sans vomissemens. La douleur du ventre, qui siège aujourd'hui principalement vers les fausses côtes droites, existe toujours. Le palper, aussi bien que la percussion, n'indiquent rien d'anormal à la région hépatique ; point d'ictère. Le pouls est à 88, la respiration à 24. Le purgatif ordinaire est prescrit.

Trois vomissemens abondans, dix selles copieuses, accompagnées de quelques légères coliques, ont lieu. La langue, toujours un peu blanchâtre, n'a rien perdu de son humidité. L'amertume de la bouche, les nausées, l'anorexie, ont cessé ; point de colique. Le ventre peut être impunément pressé dans tous les points ; le pouls est à 76, la respiration à 20.

Le lendemain, encore un léger ressentiment de douleur sous les fausses côtes droites ; mais nul autre accident. La

malade mange successivement le quart, la demie, et sort en bonne santé.

Obs. VIII.e — *Entérite aiguë.* — Un porteur-d'eau âgé de 26 ans, né à Paris et l'ayant toujours habité, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a un mois : à cette époque, le lendemain d'un jour où il avait travaillé à la pluie, il fut pris de fatigue générale, de brisement des membres, l'appétit se perdit, du dévoiement se déclara : en même temps, toux peu fréquente, pas de point de côté, point de gêne sensible dans la respiration : entré à l'Hôtel-Dieu peu de jours après le début de ces accidens, 15 sangsues furent appliquées à l'épigastre, et il fut tenu à la diète. Bientôt il sortit de cet hôpital, ne conservant plus que le sentiment d'une faiblesse assez grande. Il avait repris ses occupations, quand au bout de quelques jours, le 24 janvier, le dévoiement reparut; le 28 du même mois nous voyons le malade, nous le trouvâmes dans l'état suivant; céphalalgie, sentiment d'une grande faiblesse, langue un peu rouge à la pointe, avec enduit jaunâtre léger à son centre; soif vive, anorexie, bouche amère, ventre indolent à la pression dans toute son étendue; depuis 3 ou 4 jours, 7 ou 8 selles durant chaque nyctéméron ; pouls à 88, respiration à 24 ; sueurs toutes les nuits depuis quelque temps; toux légère avec quelques crachats muqueux, léger râle sibilant en avant et à droite, respiration pure et forte dans tous les autres points de la poitrine. (*Prescription :* une once de sulfate de soude dans un pot d'eau d'orge, diète). Le 28, il y a eu quelque nausées passagères qui peuvent être raisonnablement attribuées au dégoût que le malade témoigne pour le purgatif. Il y a eu d'ailleurs 5 selles abondantes jaunâtres : langue humide et un peu rouge à la pointe comme hier; la soif a cessé, point d'amertume à la bouche ; pouls à 75, 20 respirations par minute. Le 29, il y a de l'appétit, une seule selle solide, la langue est encore un peu collante et toujours un peu rouge à sa pointe; pouls à 72; on permet des alimens qui sont bien

digérés ; le malade sort le 31, mangeant les trois quarts de la portion.

Un bon nombre des symptômes que nous offre ce malade appartiennent à la fièvre typhoïde ; et dans un grand nombre de cas, cette maladie n'a point de début sensiblement différent ; nous croyons pourtant devoir en excepter l'état du pouls, qui presque toujours peut-être a une plus grande fréquence. Quoi qu'il en soit, la rapidité avec laquelle la maladie de cet homme disparait sous l'influence d'un purgatif salin, n'en est pas moins remarquable. Nous ne prétendons pas que d'autres médications, et entr'autres la méthode antiphlogistique, n'eussent tout aussi sûrement mis fin à cet état morbide ; mais, outre qu'il est permis de douter que la muqueuse gastro-intestinale fût aussi vite revenue à l'état normal sous l'empire de cette méthode, les émissions sanguines n'eussent-elles pas infailliblement ajouté à l'état de faiblesse que ce malade nous présentait.

Obs. IXe — Gallois, âgé de 32 ans, garçon marchand de vin, habitant Paris depuis 10 mois, est très sujet à s'enrhumer ; rien d'appréciable cependant du côté de la poitrine. Mais outre ces rhumes fréquens, le malade est sujet depuis 7 ou 8 ans à des coliques dont l'intensité varie suivant des circonstances indéterminées ; ces coliques, qui durent ordinairement cinq ou six jours, s'accompagnent constamment d'une constipation opiniâtre, quelquefois avec ténesme, et se terminent toujours en même temps que paraît une diarrhée plus ou moins abondante. Il n'est point rare enfin, quand ces douleurs atteignent un haut degré de violence, qu'il survienne quelques vomissemens. Gallois ne porte point de hernie ; il y avait six mois que son mal, comme il l'appelle, ne l'avait point tourmenté, quand il y a deux jours il en fut pris. Aujourd'hui 27 juin, le malade se présente à notre observation dans l'état suivant : Point de céphalalgie, langue naturelle, vomissemens de temps en temps, un peu de soif, anorexie complète ; les coliques qui

sont assez vives pour lui arracher des pleurs, ne viennent que de temps en temps, elles ont principalement leur siège autour du nombril, où elles lui font éprouver un sentiment de tortillement extrêmement pénible : suivant le dire de cet homme, jamais ces douleurs n'ont été aussi vives ; point de selles depuis deux jours, la pression de l'abdomen ne développe point de douleur, le pouls donne 60 pulsations à la minute, sa respiration facile en a 20. (*Prescript.* : une bouteille d'eau de Sedlitz, deux pots de bouillon aux herbes, deux bouillons).

Le 28, nous notons que le malade a eu quatre selles abondantes, composées de matières aqueuses jaunes ; le pouls est tombé de 60 à 44 pulsations. A partir de ce jour, pas la moindre douleur abdominale : mais la constipation a reparu au bout de deux ou trois jours ; on a d'abord essayé de la vaincre au moyen d'un lavement avec le miel de mercuriale, mais on a échoué ; on a eu recours à l'huile de ricin, qui a réussi : le pouls qui, à la réapparition de la constipation s'était élevé, est redescendu de nouveau à 44 pulsations, quand celle-ci a été vaincue.

Quand M. Andral a eu su que ce malade était sujet aux accidens qu'il nous présentait, et que chaque fois que ces accidens s'étaient développés, une diarrhée plus ou moins abondante se déclarait au bout de cinq ou six jours, qui mettait fin à ces accidens ; quand, dis-je, ce fait a été constaté, ne surgissait-il point de là une indication extrêmement importante, qu'il ne fallait point laisser échapper. Aussi bien s'est-on empressé de la saisir, et au grand avantage du malade, selon nous, car nous doutons que toute autre médication l'eût aussi vîte et aussi complètement affranchi. Est-il besoin de faire remarquer encore ici la notable diminution de fréquence que subit le pouls après l'administration du purgatif, bien que cependant avant l'application de ce moyen il ne battit que 60 fois à la minute ?

OBS. Xe — La femme Savary, âgée de 50 ans, domestique, habitant Paris depuis 20 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a quatre mois. A cette époque elle eut de violens chagrins, et sa santé se dérangea. Les principaux accidens qu'elle nous rappelle sont des vomissemens et de la diarrhée qui surviennent de temps en temps; de la diminution d'appétit, des douleurs assez vives, qui tantôt existent à la région épigastrique, tantôt à l'hypogastre, tantôt dans le flanc droit; en même temps malaise et faiblesse. Le 2 juillet, nous trouvons la malade dans l'état suivant : Sentiment d'une grande faiblesse; brisement général des membres; langue sèche couverte d'un enduit jaunâtre épais; soif vive, amertume de la bouche; anorexie complète; douleur vive au creux de l'estomac, que la pression et les mouvemens augmentent; ventre un peu ballonné, un peu de dévoiement ces jours derniers; constipation depuis deux jours; le pouls donne 88 pulsations, la respiration est à 28. Quelques frissons vagues par intervalle. Ce matin, pour la première fois, sueurs peu abondantes.

Vainement cet état morbide est attaqué par plusieurs applications de sangsues, les émolliens et la diète. Tous les symptômes persistent. Nous noterons même dès à présent, comme une chose digne de remarque, mais qui pourtant est loin d'être rare, qu'après la seconde application de sangsues (30) qui fut faite sur l'abdomen, le pouls est monté de 86 à 108 pulsations. L'inutilité de cette médication une fois bien constatée, M. Andral, passant par dessus les symptômes qui pouvaient fonder une contr'indication à l'emploi d'un émétique, a recours à ce moyen. Il prescrit à la malade deux grains de tartre stibié. Il en résulte des vomissemens abondans de matières vertes, porracées. Immédiatement après ces vomissemens trente selles ont lieu; sueurs très-abondantes depuis cette violente perturbation; en même temps abaissement de la température de la peau qui, ce matin, est encore fraîche; le pouls,

ce jour là, est augmenté un peu de fréquence; de 92 il est monté à 100. Dans le reste des symptômes, amélioration notable. Mais, dès le lendemain, rien ne rappelle déjà plus la forte perturbation de la veille. Sentiment vif d'appétit; la langue est presque dans son état naturel; bouche fraîche, suivant l'expression de la malade; la douleur, peu vive, n'existe plus qu'à la pression; la peau présente une douce température; le pouls n'est plus qu'à 80. Le 18, il baisse encore et ne bat plus que 65 fois. Des alimens sont accordés.

Dans ce cas, le traitement qui, après l'inutilité de la méthode antiphlogistique a si complètement réussi, ne nous montre-t-il pas évidemment que ce n'était point à une gastro-entérite, au moins à une gastro-entérite simple, que nous avons eu affaire. Comment comprendre, en effet, qu'une aussi violente perturbation n'eût pas exaspéré l'inflammation dont, dans cette hypothèse, la membrane muqueuse gastro-intestinale était le siège? Cependant nous devons à la vérité de dire que nous avons vu plus d'un cas tout-à-fait semblable à celui qui fait le sujet de cette observation, et où la méthode antiphlogistique se montrait toute puissante. Malgré les analogies qui peuvent rapprocher ces cas, force nous est bien cependant de les distinguer, puisque cette distinction implique une si fondamentale différence dans le traitement.

Obs. XI.e — Boquet, âgé de 17 ans, cotonnier, est malade depuis cinq jours seulement : au début, frissons vagues, violens, qui se sont montrés à différentes reprises : en même temps sentiment d'une grande faiblesse, courbature, étourdissemens, céphalalgie vive, insomnie, perte complète d'appétit. Pour remonter ses forces, le malade veut manger, et rejette tout ce qu'il prend : point de douleur de ventre, point de selles depuis cinq jours; hier pour la première fois une épistaxis assez abondante. Telle est la série des symptômes que ce jeune malade a éprouvés de-

puis le début de son affection. Nous l'observons pour la première fois le 11 octobre, il nous présente l'état suivant: tous les symptômes précédens persistent; nous noterons de plus que la face est un peu injectée et comme surexcitée; il y a un peu d'enchifrénement; nouvelle épistaxis le matin. La langue est couverte d'un enduit blanc peu épais; à peine si sa pointe présente quelques papilles rouges, tuméfiées. Soif vive, bouche très-mauvaise; point de ballonnement, point de taches typhoïdes. Le ventre est complètement indolent à la pression, pas de selles; toux rare, respiration pure dans tous les points de la poitrine. La parole est nette et ferme, l'intelligence saisit rapidement les questions posées. La peau est le siège d'une chaleur vive; le pouls donne 116 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz; eau d'orge; diète).

Le 12, deux selles liquides ont eu lieu; la bouche a perdu son amertume, la langue est humide, il y a moins de soif, et le malade accuse de l'appétit; la pression exercée à l'épigastre et dans le reste du ventre ne développe aucune douleur. Point de ballonnement d'ailleurs, point de taches plus qu'hier. Etourdissemens moindres, absence de céphalalgie, persistance de la faiblesse. Le pouls est tombé à 98.

Le 13, ce mieux se soutient; il y a du sommeil, une épistaxis abondante a eu lieu; il ne reste plus que la faiblesse comme symptôme qui mérite d'être noté. La décroissance du pouls continue; il ne bat plus aujourd'hui que 84 fois.

Le 15, le malade sort, toujours un peu faible, mais beaucoup moins qu'il ne l'était, après avoir mangé hier la demi-portion qu'il a parfaitement supportée.

Je ne crois pas que dans l'état actuel de la science il y ait un seul praticien qui eût hésité à déclarer que ce malade ne présentât les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde. L'occasion était très-favorable pour expérimenter

une méthode de traitement tant vantée dans ces derniers temps, c'est à savoir l'emploi des minoratifs. M. Andral prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz. Nous avons vu plus haut ce qu'il en était résulté, et, nous devons le dire, à notre grand étonnement. Nous ne conclurons cependant encore rien de ce fait relativement à la fièvre typhoïde; nous nous bornerons à le signaler au lecteur.

Les observations que nous venons de rapporter ne sont point les seules que nous ayons entre nos mains, mais force nous est de nous borner. Notre but, dans ce mémoire, n'est point, comme nous l'avons déjà dit, de discuter les nombreuses questions qui surgissent à propos de ces faits; nous voulons surtout appeler l'attention des observateurs sur un point de thérapeutique que nous croyons important; c'est pourquoi nous nous bornons à exposer, des observations que nous avons entre les mains, celles qui sont les plus propres à nous conduire à ce résultat, celles où les agens qui sont l'objet de ces études amènent les effets les plus tranchés. C'est encore ainsi que nous nous proposons d'en agir dans la troisième série de faits qu'il nous reste à rapporter.

3.e Série.—*Observations relatives à divers états morbides du système nerveux.*

Dans les maladies du système nerveux, comme dans celles des autres appareils, quoique moins souvent, des indications peuvent se rencontrer que la médication purgative remplit heureusement. Nous n'avons par devers nous que peu de faits à cet égard, mais quelque peu nombreux que seront ces faits, nous croyons qu'ils suffiront pour montrer que les centres nerveux ne sont point placés hors du cercle de l'influence puissante que les purgatifs sont appelés à exercer sur l'économie.

Obs. XII.e — *Erysipèle à la face à sa terminaison; érysipèle du cuir-chevelu en pleine acuité; délire.* — Un

tailleur, âgé de 21 ans, à Paris depuis un mois seulement, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois mois : à partir de cette époque, ses digestions se sont troublées, et la peau s'est couverte d'une éruption de nature indéterminée, qui a paru et disparu alternativement. Il y a huit jours, ce jeune homme se portant déjà ainsi assez mal fut pris d'une fièvre violente, et bientôt un érysipèle apparut à la face. Aujourd'hui 29, nous trouvons le malade dans l'état suivant : la peau de la face est en complète desquammation; mais en examinant le cuir-chevelu, on le trouve tuméfié, douloureux dans une très-grande étendue : en même temps céphalalgie frontale vive qui augmente au moindre mouvement : délire hier soir, et qui a duré toute la nuit. Ce matin intelligence saine, quelques bourdonnemens d'oreilles, pupilles de dilatation ordinaire; langue sèche et rouge sans enduit particulier; soif, anorexie; ni nausées, ni vomissemens. Ces deux derniers symptômes n'ont existé à aucune époque de la maladie. Ventre indolent dans tous les points, légèrement ballonné; constipation; aucune tache rosée lenticulaire; point de toux; respiration pure à 36, pouls à 128; peau chaude, halitueuse. (Boissons adouc.; diète; saignée).

1.er décembre, le délire a augmenté d'intensité et de durée; il a existé tout le jour et toute la nuit : le cuir-chevelu est toujours sensible; pouls comme hier. (Mixt. avec huile de ricin et de sirop de limon, āā ℥ j; diète). Ce léger minoratif détermine huit selles; le pouls est tombé à 104; point de délire. Ce matin l'intelligence est nette.

Le 5, le délire n'a point reparu, bien que le cuir-chevelu continue à être toujours un peu sensible; le pouls ne bat plus que 84 fois par minute.

Cette observation nous présente deux choses importantes à noter; à savoir, d'une part, la complète inutilité d'une émission sanguine pour diminuer la réaction d'un érysipèle du cuir-chevelu sur l'encéphale, et faire cesser le délire résultat de cette réaction; et, d'autre part, la rapidité avec

laquelle les effets de cette réaction funeste disparaissent, aussitôt qu'une révulsion est déterminée sur le tube digestif. Peut-on attribuer à cette perturbation artificielle la cessation des symptômes graves offerts par le malade; ou bien la cessation de ces symptômes doit-elle s'expliquer tout naturellement par la décroissance normale de l'inflammation érysipélateuse du cuir-chevelu? Nous ne savons pas d'effet thérapeutique dont, à l'aide de ce dernier raisonnement, on ne put attaquer la légitimité. Toutefois nous savons bien aussi que malheureusement pour notre art, bien souvent cette objection est si fondée, que force nous est souvent de douter de la toute-puissance de nos moyens curatifs. Ici cependant nous croyons qu'il serait assez difficile d'affirmer qu'il n'y a eu aucun rapport entre ces deux phénomènènes. En effet, dans la plupart de nos observations nous avons vu le pouls diminner notablement de fréquence, immédiatement après l'emploi des purgatifs? Eh bien! ici qu'avons-nous remarqué après l'emploi de l'huile de ricin? Un notable abaissement des pulsations artérielles, et la cessation simultanée du délire. Le lien qui, d'après cela, semble unir les deux phénomènes, ne serait-il donc qu'apparent?

XIII.e Obs. — Une femme âgée de 33 ans, journalière, habitant Paris depuis six mois seulement, est sujette depuis long-temps à s'enrhumer : elle a eu dans sa vie plusieurs hémoptysies abondantes, bien qu'à l'auscultation et à la percussion on ne trouve rien d'anormal du côté des organes thoraciques : une nouvelle hémoptysie n'a fini qu'il y a trois jours; depuis ce temps la malade est en proie à une céphalalgie occipitale violente; en même temps étourdissement, insomnie; douleurs parfois assez vives dans la continuité du bras droit; rien à noter d'ailleurs du côté des voies digestives. M. Andral fait pratiquer à la malade une saignée abondante qui détermine une syncope, et n'a aucune influence appréciable sur la congestion cérébrale à laquelle semblent se lier les symptômes que nous venons

de signaler, et qui persistent avec leur intensité première. Deux onces d'huile de ricin sont prescrites dans une tasse de bouillon aux herbes. Ce purgatif provoque dix selles qu'accompagnent quelques coliques fort légères. La céphalalgie a perdu beaucoup de son intensité; il n'est plus question d'étourdissemens ni de bourdonnemens d'oreilles. Les jours suivans, ces accidens ne se rencontrent point davantage; la céphalalgie est encore signalée de temps en temps, mais bien moins vive qu'elle ne l'était lors de l'entrée de la malade à la Pitié.

Ici encore une saignée générale échoue, a fait cesser un état morbide que la théorie fait consister dans un afflux de sang plus considérable que dans l'état normal, vers l'organe affecté, et les fonctions troublées rentrent dans l'ordre aussitôt qu'une assez forte stimulation a été imprimée à la muqueuse intestinale. C'est à la suite d'une hémorrhagie que le cerveau, chez cette femme, est devenu malade : la nature des conditions au milieu desquelles le mal s'était développé, pouvait-elle faire prévoir que la soustraction d'une certaine quantité de sang serait impuissante à le faire disparaître? Cette question serait difficile à résoudre.

Obs. XIVe — Un porteur d'eau, âgé de 50 ans, a eu souvent des douleurs dans la poitrine, il en précise le siége à la région précordiale. Ces douleurs ont été assez violentes plusieurs fois pour qu'il ait dû garder le lit. Après avoir ainsi souffert pendant assez long-temps, sans éprouver d'altération durable dans la santé, il devint peu à-peu sujet à des palpitations, et la respiration perdit de son étendue. Ces divers accidens ne l'empêchent point de travailler. Cependant, le 4 décembre, après s'être refroidi, il fut pris de douleur à l'oreille droite qui, en même temps, devint le siége de sifflemens incommodes, puis de surdité incomplète. Bientôt céphalalgie frontale forte, étourdissemens, courbature et sentiment d'une grande faiblesse. Le jour où le malade entre à la Pitié, les symptômes précé-

dens persistent. Le pouls est à 64, régulier, assez dur; son mat à la région du cœur dans une étendue plus grande que dans l'état normal. Impulsion notable des battemens, qui ne s'entendent qu'à la région précordiale et au bas du sternum. Respiration pure. Rien du côté des voies digestives. On pratique une saignée au malade, et à part la céphalalgie qui a disparu, l'ensemble des symptômes demeure le même. Il y a même eu du délire la nuit. (12 grains de calomel.) Il en résulte deux selles que quelques légères coliques ont précédées. Les étourdissemens ont disparu, les bourdonnemens d'oreilles sont moindres; l'ouïe est meilleure; la nuit a été calme; le pouls bat 56 fois. Le malade sort au bout de quelques jours dans un état complet de santé.

Si nous jugeons de l'intensité de la révulsion, d'après le nombre de selles obtenues, nous serons porté à penser que cette révulsion a été peu forte. Nous voyons cependant, sous son influence, s'améliorer d'une manière notable l'état du malade. Ce fait est d'autant plus remarquable que, dans ce cas, la congestion cérébrale paraît sous la dépendance d'un état d'hypertrophie assez prononcée de l'organe central de la circulation. Puisque nous parlons de cet organe, nous est-il permis de faire observer en passant que l'hypertrophie du cœur, dont cet homme est atteint, semble avoir succédé assez évidemment à un travail d'irritation dont le péricarde paraît avoir été plusieurs fois le siége. Nous notons ce fait, parce que cette cause d'hypertrophie, admise par M. le professeur Andral, a été niée à tort par un très-bon observateur, M. Louis.

Obs. XVe, — Évrat, âgé de 16 ans, né à Thionville, garçon-tailleur, est à Paris depuis trois ans. L'habitude de la masturbation, des migraines fréquentes, sont deux conditions que nous présente ce jeune homme, et qui peut-être ne sont point complètement étrangères au développement de la maladie dont il est atteint, la chorée. Toutefois la

circonstance qui paraît avoir eu sur l'apparition de son mal, l'influence la moins douteuse, est une violente émotion morale qui résulta pour lui d'une discussion vive qu'il eut avec son maître. C'est en effet deux ou trois jours après cette discussion, que les premiers symptômes de la maladie apparurent. Le malade s'aperçut à cette époque qu'il avait perdu son empire habituel sur les mouvemens de ses membres, qui, malgré lui, se jettaient çà et là ; en marchant, il chancelait comme un homme ivre ; il dut dès-lors renoncer à son travail, dans l'impossibilité absolue où il était de diriger l'aiguille pour coudre. Du reste, rien à noter du côté des centres nerveux. Aujourd'hui 10 octobre, troisième mois de la maladie, ce que ce jeune homme nous présente de plus remarquable, c'est un bégaiement partiel, résultat de la difficulté extrême qu'il a à prononcer les mots dans la composition desquels se trouvent placées les lettres S et C. Les mouvemens sont moins désordonnés qu'ils ne l'étaient au début de la maladie, toutefois il s'en faut bien qu'il aient leur rythme normal. Si le malade, supposant qu'il veut coudre, fait les mouvemens que nécessite cette action, le bras actif est jetté plutôt que conduit par la volonté. Quand le malade parle, il y a dans la physionomie, voire même dans toute son habitude extérieure, quelque chose de convulsif, de saccadé. Le pouls donne 68 pulsations à la minute, la respiration est à 20. Les voies digestives sont saines. (Huile de ricin ℥ ij).

Ce purgatif détermine quatre selles sans colique aucune. Le pouls est à 60. Le malade, interrogé sur son état depuis la purgation, dit qu'il lui semble qu'il est plus maître de ses mouvemens; le lendemain il l'affirme, et les jours suivans, M. Andral, les divers élèves qui suivent habituellement la visite de ce professeur, tout le monde s'accorde à dire qu'il y a un mieux évident dans la coordination des mouvemens volontaires. Le malade quitte l'hospice, avec l'intention bien formelle de reprendre ses occupations, ce

qui démontre la conviction où il est de l'amélioration qu'a subie son état.

Combattre la chorée par les purgatifs n'est point chose nouvelle, comme chacun sait ; cette maladie est même une de celles dans lesquelles le docteur Hamilton a le plus exalté la puissance de la révulsion intestinale. Bien que dans le livre de ce médecin, dont nous avons déjà parlé, on lise un bon nombre d'observations de chorée où cette méthode thérapeutique obtient des succès difficilement contestables, cependant quand en France cette névrose se présente à l'observation, on voit encore la plupart des praticiens hésiter à y avoir recours. Il nous semble que, dans le cas que nous venons de rapporter, la médication purgative s'est montrée assez évidemment efficace.

Là finissent nos observations : quoiqu'elles soient beaucoup trop peu nombreuses, si l'on considère l'importance et l'étendue tout à-la-fois de la question thérapeutique que nous nous sommes posée dans ce travail, nous croyons cependant que vu le soin que nous avons eu de n'exposer, de tous les faits que nous avons par devers nous, que ceux où la médication purgative montre une efficacité demontrée, nous croyons, disons-nous, que ces observations sont dignes de fixer l'attention des praticiens. Nous allons terminer par un résumé rapide, qui place sous les yeux du lecteur l'ensemble des faits que nous avons successivement rapportés. Ces faits sont les suivans : 1.re *série;* bronchite aiguë : plusieurs cas de bronchite chronique, compliqués d'emphysème pulmonaire et d'hypertrophie du cœur ; un cas de pleurodynie ; un cas de péritonite circonscrite, que nous avons placé dans cette série, à cause de la gêne considérable de respiration qu'elle avait entraînée ; enfin un cas de laryngite chronique. — 2.e *série;* deux cas dans lesquels les symptômes abdominaux étaient une diarrhée et une constipation alternatives, avec vives coliques ; deux cas d'angine avec embarras gastrique ; trois cas d'embarras

gastrique avec diverses formes symptômatiques ; deux cas de constipation avec coliques intenses; deux cas d'embarras gastro-intestinal, un cas d'entérite. Enfin dans notre troisième série, nous avons un cas d'érysipèle du cuir-chevelu avec délire : deux cas de congestion cérébrale, un cas de chorée, et enfin un cas de gastro-entérite que nous aurions pu placer dans notre deuxième série, mais que nous avons rejeté ici à cause de la nature des symptômes généraux offerts par le malade.

Tel est le tableau varié des nombreux états morbides auxquels nous voyons chaque jour M. le professeur Andral opposer avec succès la méthode de la révulsion par les purgatifs. Si quelqu'un lit avec quelqu'attention ce mémoire, il s'apercevra aisément du vague que présente dans plus d'un cas la dénomination par laquelle nous avons désigné la maladie. La raison en est que bien souvent dans l'état actuel de la science, un diagnostic précis est impossible. Empruntant au chef de l'école physiologique sa nomenclature, nous aurions pu nous servir d'une terminologie plus sévère, en apparence au moins ; mais en vérité le pouvions-nous ? Pouvions-nous, par exemple, donner le nom de gastrite ou de gastro-entérite à des états morbides que nous avons vu disparaître sous l'influence d'une perturbation quelquefois si violente imprimée au tube digestif ? Nous ne prétendons pourtant pas que dans ces divers cas la muqueuse gastro-intestinale fût toujours exempte d'irritation ; mais alors force nous est bien de convenir que cette irritation n'est point l'unique élément de la maladie ; car peut-on prétendre raisonnablement à assimiler deux états morbides, dont l'un s'exaspère infailliblement sous l'influence d'une médication, tandis que l'autre disparaît sous cette même influence ? Du reste, comme nous avons assez longuement tracé chacune des observations, nous sommes sûrs que nous serons bien compris. Maintenant il ne nous reste plus qu'à formuler rapidement quelques-unes

des conséquences auxquelles ce travail nous semble conduire.

1° Il est incontestable que la bronchite chronique s'amende sous l'influence des purgatifs. Nous avons cité des cas où, sous l'influence de cette médication, cet état morbide de la muqueuse bronchique a complètement disparu. Quand cette maladie, ayant jetté de profondes racines dans les tissus, ne disparaît pas complètement, on voit en général cependant diminuer le mouvement fébrile, l'oppression disparaître, et l'expectoration perdre de son abondance, en même temps que sous l'influence de la révulsion intestinale, un flux plus ou moins abondant a lieu.

2° Si une bronchite chronique passe momentanément à l'état aigu, la même médication peut être tentée dans la vue de ramener au moins la maladie à son état primitif.

3° Quand on a à combattre une laryngite chronique non symptômatique de tubercules pulmonaires, on peut, avec quelques chances de succès, l'attaquer par la méthode de la révulsion interne. Dans le cas contraire, nous croyons qu'il ne serait point prudent de stimuler une muqueuse qui alors est si disposée à l'ulcération par la nature de la diathèse qui pèse sur l'économie.

4° L'angine tonsillaire, compliquée d'embarras gastrique, peut, dans certains cas, disparaître avec une rapidité merveilleuse sous l'influence du même traitement.

5° Plusieurs états morbides de l'estomac ou des intestins, connus sous les noms de dyspepsie, embarras gastrique, embarras intestinal, embarras gastro-intestinal, de coliques nerveuses, etc., avec ou sans fièvre, avec réaction plus ou moins forte sur le reste de l'économie, sont combattus avec succès par les purgatifs. C'est même, nous devons le dire, dans ces divers états morbides que cette médication se montre surtout efficace.

6° Divers états morbides primitifs ou secondaires du

cerveau peuvent encore disparaître par le bénéfice de la même médication.

7.° Enfin nous rappellerons ici une conséquence très-remarquable que nous avons déjà indiquée dans la première partie de ce mémoire, c'est que dans l'immense majorité des cas où l'on a recours à la médication purgative, l'on voit la fièvre diminuer d'intensité, sinon disparaître ; que si l'on emploie cette médication dans des états morbides apyrétiques, il n'est pas rare, dans les cas même où le pouls n'a point de fréquence anormale, de voir le nombre des pulsations artérielles diminuer cependant encore.

On peut voir dans le cours de nos observations plusieurs de ces cas : nous signalons ce fait à l'attention des observateurs, parce que si dans des expériences tentées sur une plus large échelle cette propriété des purgatifs venait à être confirmée, cette donnée jeterait peut-être quelque lumière sur le mode d'action de ces agens, lorsqu'on les emploie pour combattre les maladies. On sait que Tommasini et Rasori rangent les purgatifs au nombre des médicamens qu'ils appellent contro-stimulans : en vérité, en face de plus d'un des cas que nous avons rapportés, les idées des médecins italiens pourraient être soutenues.

Nous ne chercherons point à pénétrer ici le mode d'influence que les purgatifs exercent sur l'économie ; nous croyons que c'est là une question de thérapeutique des plus difficiles à résoudre. On ne peut guère faire autre chose à cet égard dans l'état actuel de la science, que d'émettre des opinions, déductions plus ou moins logiques d'un plus ou moins grand nombre de faits. Les considérer dans tous les cas comme agens de révulsion, c'est certainement bien souvent donner une interprétation fausse de leur mode d'action : nous citerons en témoignage de la vérité de cette dernière assertion, la plupart des faits qui composent notre deuxième série d'observations. Réhabilitant la théorie de Stoll et les vues systématiques

plus modernes et en apparence plus physiologiques de M. Prost, voudrait-on tenter d'expliquer leur efficacité, en disant qu'ils exercent sur le tube digestif une action simplement évacuante, mais alors c'est faire dépendre plusieurs groupes symptomatiques, de lésions dont l'observation est loin de démontrer l'existence, dans tous les cas où l'on voit ces agens obtenir un succès évident. C'est au reste cette théorie que, dans ces derniers temps, ont voulu faire revivré, à propos des fièvres graves, MM. Delaroque et Piedagnel. Nous doutons qu'ils réussissent; pourtant les résultats auxquels ils sont parvenus nous paraissent dignes de la plus sérieuse attention. Dans une question aussi obscure, nous ne croyons pas pouvoir mieux terminer, qu'en citant le passage suivant de notre savant maître, M. le professeur Andral : « Peut-être comprendrait-on mieux les avantages des vomitifs et des purgatifs, si, au lieu de ne considérer que leur action locale sur le tube digestif, on réfléchissait aux modifications puissantes qu'ils impriment à beaucoup d'autres organes, et surtout aux agens d'un grand nombre de sécrétions, à ceux de la circulation et de la respiration, et enfin aux centres nerveux. Les agens émétiques et les purgatifs seraient donc à nos yeux des moyens perturbateurs énergiques, qui changeant simultanément la manière d'être d'un grand nombre d'actes vitaux, produiraient dans l'économie une brusque modification qui, suivant les cas indiqués par l'expérience, serait elle-même salutaire ou nuisible. » (*Clinique médicale,* 3.e édition, t. I.er, p. 686).

La question par là n'est point résolue, mais elle est posée d'une manière plus large qu'on ne l'avait fait jusqu'alors : et si on la résout du haut de ce point de vue, la solution en sera certainement plus complète.

Leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis ; par M. Gerdy, professeur de la Faculté. Recueillies et publiées sous ses yeux par M. Beaugrand, interne.

Observations et réflexions sur les fractures de la clavicule et sur celles du col du fémur.

I. *Fracture de la clavicule.*—On a dit et répété depuis long-temps que l'on pouvait juger de l'insuffisance de l'art contre une maladie, d'après le nombre des remèdes proposés pour la combattre : cette vérité trouve aussi son application dans la pathologie externe ; la fracture de la clavicule en est un frappant exemple. C'est surtout depuis l'époque de Desault que l'on a varié et modifié à l'infini le système des moyens contentifs, sans arriver à résoudre complètement toutes les conditions du problême. Si donc nous publions à notre tour quelques réflexions sur un sujet tant de fois exploité, c'est moins dans le but de proposer un nouvel appareil, que de poser les véritables principes d'après lesquels on doit le construire. Nous verrons en effet que, dans leurs divers procédés, les chirurgiens n'ont eu en vue qu'une ou quelques-unes seulement, des indications que présente cette fracture.

Obs. I.re — Baticle (Louis-Robert), âgé de 30 ans, maçon, n'ayant jamais été malade que par suite d'accidens, était, le 22 juillet 1834, monté sur une poutre pour travailler à la démolition d'une maison : la poutre vermoulue sur laquelle il était placé s'étant brisé sous son poids, il tomba d'une hauteur de douze pieds sur les solives de l'étage inférieur. La violence du coup lui ayant fait perdre connaissance sur-le-champ, il ne peut se rappeler quelles

sont les parties de son corps qui ont porté dans la chute. Revenu assez promptement à lui, il se fit transporter à l'hôpital Saint-Louis. Il se plaignait alors d'une gêne assez considérable de la respiration, et d'une douleur dans l'épaule qui l'empêchait de remuer le bras. Il n'y avait aucune lésion du côté de la tête. (Saignée de trois palettes; diète). Le bras est maintenu le long du tronc à l'aide d'une écharpe.

Le lendemain matin 23, à notre visite, nous reconnaissons une fracture de la clavicule gauche, à l'union du tiers externe avec le tiers moyen de cet os. Le fragment externe est déprimé et porté en dedans sous le fragment interne qui fait une légère saillie au-dessus du précédent. Le malade ne peut élever son membre sans une douleur excessive. Une large ecchymose occupe le moignon de l'épaule du même côté.

L'appareil de Desault fut immédiatement appliqué; mais au bout de quelques jours voyant que malgré tous les soins il se relâchait, ne maintenait pas la fracture réduite exactement, et gênait la respiration du malade, on le défit, et nous vîmes alors un phénomène que nous avions déjà observé plusieurs fois, et qui se présenta chez ce sujet d'une manière manifeste. Je veux parler de la possibilité de porter le membre à la tête. Et remarquez bien que, lors de son entrée, la douleur qu'il ressentait, en voulant exécuter ce mouvement, le lui interdisait complètement! Nous appliquâmes, à la place de l'appareil de Desault, une fronde dont nous donnerons plus loin la description.

A l'aide de ce moyen, Baticle sortit guéri à la fin d'août, présentant une très-légère difformité qui était seulement sensible au toucher.

Causes. La fracture de la clavicule peut avoir lieu de deux manières, comme le disent fort bien les auteurs; 1.° par une violence portée directement sur la clavicule; 2.° par une chute sur le moignon de l'épaule, dans laquelle la clavicule se trouvant pressée entre le moignon de l'épaule

qui repose sur le sol, et le sternum qui presse sur elle avec toute la force que lui donne le poids du corps, augmenté de la vitesse de la chute, ploie et se rompt dans le point qui offre le moins de résistance. Auquel de ces deux mécanismes la fracture est-elle due chez notre malade? Est-il tombé sur la partie antérieure du tronc, de telle sorte que la courbure antérieure de la clavicule soit venue rencontrer l'angle saillant d'une poutre ; ou bien est-ce l'épaule qui a porté, et la solution de continuité est-elle venue par voie indirecte? Le malade s'étant évanoui ignore les circonstances de sa chute : mais l'ecchymose qui, dès le premier jour de l'accident, occupait la région deltoïdienne, l'absence de toute trace de contusion du côté de l'os rompu, ne laisse aucun doute à cet égard, la fracture a eu lieu médiatement. Cette recherche de la cause n'est point oiseuse, comme on pourrait le penser; car si elle a agi directement, il y aura plus souvent complication de contusion, elle exigera des soins particuliers, et il faudra surveiller plus attentivement le malade, de crainte qu'il ne se développe du gonflement et des accidens inflammatoires.

Avant de rechercher la manière dont se produisent les déplacemens dans cette fracture, établissons une distinction importante fondée sur son siége. D'après la forme de la clavicule, la force et le nombre de ses moyens d'union avec l'apophyse coracoïde et l'acromion, il est facile de voir que les causes fracturantes indirectes doivent agir sur la partie de l'os qui présente une courbure plus marquée, c'est à dire, vers sa partie moyenne ou un peu en dehors de celle-ci. Quant à celles qui siègent entre l'insertion du ligament coraco-claviculaire et l'articulation qui unit l'acromion à la clavicule, et dont les auteurs parlent à part, nous en citerons plus loin un exemple.

Symptômes. Chez Baticle la fracture s'était effectuée dans le lieu d'élection, et présentait un déplacement très-marqué dont nous allons tâcher de nous rendre un compte

exact. On a dit depuis Hippocrate que la saillie du fragment interne n'était qu'apparente et qu'il fallait l'attribuer au seul changement de position subi par le fragment externe. Il y a là une erreur : quelques auteurs, entr'autres Duverney (1), avaient déjà pressenti la vérité, mais sans l'exprimer d'une manière formelle. Voici l'opinion que je professe à cet égard. Le fragment interne est tiré en haut par le faisceau externe du sterno-cléido-mastoïdien qui est assez fort et épais, et qui agit dans une direction presque perpendiculaire, tandis que cette action n'est contre-balancée que par la portion du grand pectoral insérée à ce fragment. Or, les fibres du grand pectoral se rendent à l'os très-obliquement, leur effort sera donc vaincu par le sterno-mastoïdien. A cette raison, on peut ajouter que, lorsque le fragment acromial est passé sous l'interne, il peut contribuer à le relever et à lui faire prendre cette position. Quant à l'objection tirée de quelques observations (2), dans lesquelles on a vu le fragment interne déprimé et l'externe saillant, cela tenait à des circonstances qui, pour être ignorées, n'obscurcissent point le mécanisme que je viens d'expliquer. Une preuve journalière vient, je crois, à l'appui de nos idées. Si le fragment externe était seul abaissé, il suffirait, pour réduire la fracture, d'élever l'épaule malade au niveau de l'opposée; or, cela est insuffisant, et pour mettre les fragmens bout-à-bout, ce niveau doit être dépassé.

Voilà pour le fragment interne. Voyons actuellement sous l'influence de quelles forces l'externe est déprimé? Bichat pensait que le poids du bras devait seul entrer ici en ligne de compte, et il reproche à Duverney d'avoir mentionné le deltoïde, comme y prenant part. Il y a ici une distinction à établir : si la fracture siège à l'union du tiers

(1) *Maladies des os*, p. 204.
(2) *Journal de Chir. de Desault*, T. I.er, p. 141.

externe avec le tiers moyen, ce qui a lieu souvent, le deltoïde et le trapèze s'insérant sur la clavicule dans une étendue à-peu-près égale, les deux muscles pourront se faire équilibre; et le fragment externe n'être pas incliné sur le scapulum; mais si la rupture de l'os a lieu un peu en dehors de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, c'est à dire, vers le tiers interne, on conçoit alors que le grand pectoral et le deltoïde, agissant sur un bras de levier plus long, l'emporteront sur le trapèze, que le fragment externe formera un angle moins ouvert avec le scapulum, et s'abaissera, tandis que l'épaule elle-même sera portée en bas par son propre poids. Le grand dorsal, par l'intermédiaire de l'humérus, peut considérablement aider à ce changement de position. Il est facile de s'assurer du double déplacement que nous venons de décrire, en comparant la direction des deux fragmens avec celle de la clavicule saine.

Outre le déplacement suivant l'épaisseur, il y en a un autre suivant la longueur. Il est produit par une foule de muscles qui y prennent part plus ou moins directement et immédiatement. Ces muscles sont le sous-clavier, les pectoraux, le grand dorsal, le trapèze, le rhomboïde. On peut aisément constater l'étendue de ce transport de l'épaule en dedans, en mesurant des deux côtés, à l'aide d'un ruban, la distance qui sépare le milieu de la fossette sus-sternaire de l'acromion.

Prenant la résultante des diverses forces que nous venons d'analyser, on voit que l'épaule est portée *en bas, en dedans* et *en avant*. Le déplacement en avant est surtout favorisé par le coucher sur le dos dans un lit un peu mou. Alors, le corps s'enfonçant dans les oreillers est placé comme dans une gouttière, dont les deux plans inclinés latéraux repoussent en avant les deux épaules, mais surtout celle qui est privée de son soutien.

Il est, dans cette fracture, un phénomène variable que les auteurs citent comme constant, dont ils ont donné

une explication que je crois erronée. Je veux parler de l'impossibilité dans laquelle, au moment de l'accident, le blessé se trouve de porter sa main à sa tête. On a dit que la clavicule était l'*arc-boutant* de l'épaule, et Bichat (1), dans un langage à la fois vague et inexact, a fait de cet os le centre *mobile*, mais *solide* des mouvemens du bras ; et il ajoute, « d'où il suit que les fractures de cet os considérées par rapport à ses fonctions, rangent, pour ainsi dire, l'individu qui en est affecté dans la section nombreuse des animaux non claviculés. » Est-il vrai, comme l'avance Bichat, et comme beaucoup de personnes semblent le croire, que les animaux non claviculés soient privés de la faculté de mouvoir en tous sens, et particulièrement vers la tête, l'extrémité supérieure ? Parmi les êtres dont il est ici question, se rangent les chiens, les chats, les ours, les phoques, etc. Or, les chats se servent avec une extrême facilité de leurs pattes de devant, les passent sur leur tête sans difficulté, et ne le cèdent peut-être qu'aux singes en adresse et en dextérité. Les ours, comme chacun sait, exécutent, avec leurs membres supérieurs, des mouvemens remarquables par leur étendue et leur précision. Enfin les phoques, animaux nageurs, ne sont nullement gênés dans leur mode particulier de locomotion par l'absence de la clavicule.

Reprenons actuellement les fonctions de cet organe chez l'homme, nous verrons que la première assertion n'est pas plus fondée que la seconde. Tout le monde reconnaît que, dans la fracture dont nous parlons, le bras peut être assez facilement porté en avant et en arrière : c'est donc seulement une abduction et une élévation forcées, comme celles qui ont lieu quand on veut porter sa main à sa tête, qui se trouvent empêchées. Or, dans ce mouvement, l'épaule tend à se porter en dedans, et dès lors à augmenter le

(1) *Œuvres chir. de Desault*, T. I.er, p. 58.

chevauchement ; de là résulte nécessairement une douleur très-vive dans les parties voisines, que viennent irriter les deux extrémités rompues, et c'est cette douleur qui arrête le malade dans l'effort qu'il fait pour élever la main. Cela est si vrai, que dans les premiers temps le bras ne se meut, en effet, qu'avec une grande difficulté; mais au bout d'un certain temps, le blessé arrive sans peine à se toucher le sommet de la tête. Enfin, si la fracture ne s'est pas consolidée et qu'elle soit transversale, le malade ne tarde pas à recouvrer l'intégrité presque parfaite de ses mouvemens. Je dis que la fracture doit être transversale, car si elle était oblique, ses extrémités aiguës viendraient déchirer les parties molles. Voici un exemple très-curieux de ce que j'avance ici.

Obs. IIe — Doussot (Pre-Nicolas), actuellement âgé de 48 ans, servait, lors de la désastreuse retraite de Moscou, dans un régiment de cuirassiers. Renversé de cheval dans une charge contre l'infanterie russe, et resté au pouvoir des ennemis, ceux-ci tachèrent de l'assommer à coup de crosse de fusil, et ne parvinrent qu'à fausser sa cuirasse en plusieurs endroits et à lui fracturer les deux clavicules. Il fut obligé de se rendre, et les Russes l'emmenèrent prisonnier sans le panser. Comme il se servait beaucoup moins de son bras gauche que du droit, la fracture se consolida de ce côté; mais à droite, il n'y eut point de réunion, et le malade, à chaque mouvement un peu considérable, entendait un craquement et sentait une mobilité, indice certain que les fragmens ne s'étaient pas ressoudés. Cependant au bout de six semaines ou deux mois il put se servir de son membre avec presque autant de facilité qu'auparavant. Rentré en France, en 1815, il fut incorporé dans une compagnie de gendarmerie, et put, sans difficulté, remplir ses pénibles fonctions. Un jour, faisant un effort brusque et énergique pour retenir son cheval qui s'emportait, il ressentit un craquement violent dans l'épaule gau-

ché, et les fragmens qui étaient restés presqu'en contact se déplacèrent, les mouvemens furent gênés pendant quelque temps, et il profita de cette infirmité pour obtenir son congé. Peu à peu la mobilité se rétablit.

Ce malade n'est pas le seul (1) sur lequel nous ayons observé le retour des mouvemens avant la consolidation; notre premier sujet en fait foi. J'ai vu récemment un enfant dont la clavicule venait d'être rompue dans sa partie moyenne; la fracture paraissait transversale; il y avait déplacement, et cependant l'enfant portait facilement, et sans trop de douleur, sa main jusque sur le sommet de la tête. Un de mes confrères, M***, m'a, il y a peu de temps, présenté le même phénomène sur lui-même. Enfin, nous citerons plus loin une observation analogue.

Du reste, le rôle important que joue la douleur dans cette circonstance avait déjà été entrevu par Brasdor dans son mémoire sur les fractures de la clavicule. Quant au malade dont il rapporte l'histoire (2) et qui, affecté d'une fracture non consolidée, éprouvait encore beaucoup de difficulté pour élever le bras, le défaut de détails sur la manière dont l'accident était arrivé ne permet pas d'apprécier la cause d'une pareille gêne.

On sait qu'une multitude de lésions même très-légères,

---

(1) Depuis que cet article est écrit, nous avons reçu dans nos salles deux malades affectés de fractures de la clavicule. L'un, Défaut, âgé de 40 ans, ayant reçu un coup de pied de cheval, eut la clavicule rompue dans la partie externe; il y avait *chevauchement* et *possibilité* de porter la main à la tête. Chez le second, nommé Edeline, âgé de 48 ans, la fracture a eu lieu par voie indirecte à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule; le même phénomène s'est encore parfaitement montré. —D'autres personnes qui ont observé la même chose ont cru l'expliquer en disant qu'alors les deux fragmens de la clavicule s'appuyaient l'un sur l'autre. Mais nous croyons avoir démontré la véritable cause de ce fait, qui a lieu dans le cas de chevauchement, aussi bien que quand les deux surfaces de cassure appuient l'une contre l'autre.

(2) *Mém. de l'Acad. de chir.*, T. XIV, éd. in-12.

une douleur rhumatismale, une contusion, etc., produisent le même effet; un tiraillement dans les muscles peut aussi donner lieu au même phénomène. C'est ainsi que nous avons eu, dans notre service pendant quelques jours, un cocher de fiacre qui, ayant saisi une poignée un peu élevée pour monter sur son siège, et s'élevant ainsi par la force du bras, éprouva, dans l'épaule, un tiraillement violent et se sentit aussitôt incapable de remuer le bras. Il vint reclamer nos secours, croyant avoir l'épaule démise, mais nous ne lui découvrîmes aucune lésion apparente; les seuls symptômes qu'il présentât étaient de la douleur et cette impossibilité de porter sa main à sa tête. Au bout de cinq ou six jours, après quelques bains et des applications émollientes, il sortit parfaitement guéri. Depuis, dans notre consultation, nous avons rencontré un cas semblable : un homme, soulevant un fardeau qu'il voulait placer sur sa tête, éprouva dans l'épaule les mêmes symptômes; il n'y avait là non plus aucune lésion appréciable. J'ai insisté sur ces faits pour démontrer que ce signe, donné par certains auteurs comme pathognomonique de la fracture de la clavicule, dépendait essentiellement de la douleur, et pouvait se rencontrer dans des affections toutes différentes.

Nous avons dit plus haut que la solution de continuité pouvait siéger en dehors du ligament coraco-claviculaire; alors le déplacement est presque nul. L'observation suivante nous permettra d'exposer les symptômes de cette variété importante.

Obs. III.• — Raber (François), cordonnier, âgé de 33 ans, doué d'une vigoureuse constitution, se trouvant dans un état voisin de l'ivresse, voulait monter dans une voiture, le pied lui manqua; il tomba à la renverse, et dans sa chute presque tout le poids du corps porta sur l'épaule gauche. Reçu d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, il présentait les symptômes suivans : douleur vive dans toute la région contuse; il n'y a pas d'ecchymose, on n'aperçoit

aucune déformation, et le toucher ne fait reconnaître aucuns changemens dans la disposition des parties. Mais lorsqu'appuyant la main gauche sur l'acromion et la partie externe de la clavicule, on fait avec l'autre exécuter au bras du malade des mouvemens en différens sens, on a la sensation d'une crépitation très-manifeste, qui même peut être entendue à distance, et de plus on perçoit un léger déplacement en dedans de l'acromion. En présence de signes aussi évidens, le diagnostic ne saurait être douteux. Il s'agit d'une fracture de l'extrémité externe de la clavicule en dehors du ligament coraco-claviculaire. Quant aux mouvemens du membre thoracique de ce côté, *la douleur* ne lui permet pas de porter sa main plus haut que le niveau de son front, et il le fait en fléchissant l'avant-bras sur le bras, et en portant celui-ci en avant et en haut, comme le font ceux qui ont une fracture en dedans du ligament coraco-claviculaire, avec déplacement. On maintient simplement le bras appliqué le long du corps, à l'aide d'une serviette. Au bout de sept à huit jours la douleur étant presqu'entièrement disparue, Raber ne portait encore la main à sa tête qu'avec un peu de gêne, et cependant il n'y avait pas interruption dans la continuité de la clavicule, car dans les mouvemens le fragment externe appuyait sur l'interne, et reportait ainsi l'effort sur le sternum, mais la susceptibilité des parties molles voisines ne s'était pas encore calmée; bientôt le mouvement fut complètement rétabli.

Le diagnostic de la fracture de la clavicule est le plus souvent très-facile, à moins qu'il n'y ait un gonflement considérable qui ne permette pas d'apprécier le déplacement et la crépitation, seuls signes véritablement pathognomoniques.

Traitement. Le déplacement de l'épaule dans cette affection ayant lieu dans trois sens différens, le traitement

doit présenter une triple indication : 1.° *relever l'épaule ;* 2.° *l'écarter du tronc ;* 3.° *la porter en arrière,*

1.° Cette première indication est connue depuis bien long-temps. Pour y satisfaire, Hippocrate (1) conseillait de soutenir le bras avec une écharpe nouée sur l'épaule saine. Plus tard elle fut négligée, et c'est à Desault (2) que l'on doit d'avoir compris toute son importance, et d'avoir cherché à la remplir à l'aide de ses jets de bandes ascendans. Ici se présente naturellement une remarque qui n'est pas sans importance. Plusieurs anatomistes (Gavard, Boyer, etc.), ont avancé que la clavicule était dirigée obliquement en dehors et en haut ; aussi Boyer conseille-t-il, dans la réduction, de porter l'épaule au-dessus du niveau du bord supérieur du sternum. Le précepte est bon, mais le fait anatomique sur lequel il repose manque d'exactitude. En effet, et j'ai déjà consigné ces observations dans mon *Traité des bandages* (p. 234), et dans mon *Anatomie des formes* (p. 62), si l'on observe sur le modèle vivant la direction de la clavicule, on la verra inclinée *en dehors* et un *peu en bas*, surtout chez les femmes, ou tout au moins dirigée horizontalement. Je n'ai rencontré la direction mentionnée par les auteurs que chez des sujets athlétiques dont les muscles trapèzes, vigoureusement dessinés, tenaient les épaules relevées. Nous avons donné plus haut la véritable raison pour laquelle il fallait tenir l'épaule malade non-seulement plus élevée que le sommet du sternum, mais encore que celle du côté opposé.

2.° Quant à la seconde, on avait déjà pensé à se servir de l'humérus comme d'un levier du premier genre pour porter l'épaule en dehors. Galien, comme je l'ai indiqué dans mon *Traité des bandages* (p. 585), a décrit sous le

---

(1) Hipp. *De Articulis*. T. I, p. 344 ; éd. Haller.

(2) *Journ. de chir.*, T. I ; et *OEuvres chir.*, T. I.

nom de *spica de glaucias*, un appareil offrant une ressemblance presque complète avec celui de Desault, sans omettre la pelote de laine molle sous l'aisselle. Paul d'Egine (1) donne formellement le précepte de placer une pelote sous l'aisselle pour porter l'épaule en dehors, mais c'était seulement pour la réduction; il ne paraît pas qu'il l'ait employée d'une manière permanente. Je dirai la même chose des auteurs, A. Paré, Verduc, etc., etc., qui ont cité le même procédé. C'est donc Desault qui a la gloire d'avoir bien saisi la nécessité de cette pratique, et de l'avoir remise en vigueur avec d'importantes modifications.

3.° La troisième indication avait parfaitement été saisie par les anciens chirurgiens, et c'est la seule que l'appareil de Desault ne remplisse pas. Les différens auteurs qui ont précédé cet illustre chirurgien, se sont évertués à trouver un appareil qui pût convenir au but qu'ils se proposaient. C'est ainsi qu'à l'exemple d'Hippocrate (2), ils faisaient coucher le malade sur le dos, et lui plaçaient un coussin résistant entre les deux épaules, les autres variaient à l'infini les spica, les 8 de chiffre. C'est encore pour porter les épaules en arrière, qu'Heister (3) imagina sa croix ou plutôt son T de fer. Brasdor, convaincu de l'importance de cette troisième indication, après plusieurs essais successifs, parvint, avec l'aide de Pipelet, à confectionner un corset dont on trouvera la description et la figure dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (4). Les cordons placés par derrière permettent de serrer ou de relâcher l'appareil suivant l'exigence des cas.

Je ne reproduirai pas ici les nombreuses modifications que les auteurs ont fait subir à l'appareil de Desault. Je

---

(1) Liv. 6, cap. XCIII, p. 715.; trad. de Daléchamps.
(2) *Loc. cit.*, p. 344.
(3) *Institut. chir.*, T. I, p. 194.
(4) T. XIV, éd. in-12.

renvoie les personnes qui seraient curieuses d'en avoir une idée, à l'excellent article que M. Sanson a publié sur les fractures, dans le *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques* : cet auteur paraît avoir bien compris les défauts que présentent ces appareils, sans toutefois avoir pris la peine d'analyser leur action, et de rendre un compte exact de leur mécanisme. Il termine tout ce qui est relatif à ces diverses modifications, en disant : « Il suffit de jeter un coup-d'œil sur tous les bandages que j'ai fait connaître, pour voir qu'aucun ne remplit parfaitement le but.... ; qu'aucun ne la porte (l'épaule), en même temps en haut, en dehors et en arrière, et que d'ailleurs ceux mêmes qui portent le membre en haut ne le maintiennent que peu de temps dans cette position, et ne remédient que très-imparfaitement au déplacement en bas. »

Puisque ces divers procédés pris isolément ne satisfont qu'à une partie des conditions, ne pourrait-on pas arriver à résoudre complètement la difficulté, en construisant un appareil qui réunît toutes les données sur lesquelles les auteurs ont fait reposer les leurs ?

Ainsi, par exemple, on porterait les épaules en arrière à l'aide d'un corset analogue à celui de Brasdor, et dont l'action serait augmentée ou diminuée à volonté. Pour écarter l'épaule du tronc, on placerait dans l'aisselle le coussin de Desault, et au lieu du bandage compliqué de cet auteur, et dont les tours de bande se relâchent si facilement, on maintiendrait le coude porté en dedans, au moyen d'une fronde à quatre chefs, comme nous nous l'avons employé pour notre premier malade. Le centre de la fronde aurait un gousset garni de coton cardé, pour ne pas comprimer douloureusement la peau qui recouvre l'olécrâne. On l'appliquerait sous cette partie ; les deux chefs supérieurs seraient conduits l'un par derrière, l'autre par devant la poitrine, et s'attacheraient moins autour du corps après avoir fait plusieurs circulaires horizontaux sur l'épaule

saine : leur plein embrasserait le coude fléchi qui serait porté en dedans ; les chefs inférieurs remonteraient obliquement, l'un derrière le bras, l'autre par devant, pour se réunir sur l'épaule saine après plusieurs circulaires obliques. Cet appareil serait recouvert du grand plein de la poitrine et du bras. Les choses étant ainsi disposées, on pourrait chaque jour resserrer les chefs de la fronde et le corset, sans rien déranger.

Outre la simplicité de son application dans les cas ordinaires, ce procédé permet, dans les cas de fractures compliquées, de voir l'état des parties, de panser les plaies s'il y en a. Un grand inconvénient que Desault n'avait pu éviter, c'était la compression de la poitrine : or, chez les femmes un peu grasses, l'application de son bandage était impossible, sans emprisonner le sein d'une manière douloureuse. Par la disposition des liens, notre fronde, portant peu sur la poitrine, gêne moins les fonctions respiratoires.

Quant au coucher des malades, et pour obvier à l'inconvénient que nous avons signalé dans les lits trop mous, on pourrait peut-être imiter en partie la conduite d'Hippocrate, et faire coucher le malade sur un lit bien ferme et légèrement convexe, analogue à ceux dont on se sert en orthopédie pour redresser la déviation de la colonne vertébrale.

Maintenant, à l'aide de ces précautions, obtiendra-t-on toujours une guérison parfaite, je veux dire sans difformité apparente et même non apparente? Je dois l'avouer, trop de fois j'ai vu échouer et j'ai échoué moi-même malgré les soins les plus assidus, pour y croire. Peut-être même dans les cas de fracture oblique, et dans lesquels par conséquent le chevauchement se produit avec une extrême facilité sous l'action incessamment répétée des causes du déplacement, serait-il impossible d'éviter le raccourcissement de la cla-

vicule! En effet, pour lutter avec efficacité contre ees forces, il faudrait que l'épaule fût maintenue écartée du tronc par un coussin ferme et résistant : or, par la pression qu'il détermine il cause nécessairement l'inflammation et l'ulcération de la pean, et devient insupportable.

Quant à la question de difformité, elle n'a réellement d'importance qu'autant qu'elle est apparente et qu'elle menace une femme du monde obligée, par les exigences de la mode, à se découvrir les épaules et la partie supérieure de la poitrine. Mais par elle-même, la consolidation dite vicieuse n'entraîne ordinairement aucun inconvénient; les mouvemens n'ont rien perdu de leur force et de leur étendue. Que si l'on nous objectait cette douleur et cette gêne dans la mobilité du membre supérieur que certains malades conservent si long-temps après la guérison! nous répondrions que cela est le plus ordinairement le résultat de la violence extérieure qui a brisé l'os, et non de la difformité du cal. En effet, de pareils accidens ne s'observent pas seulement dans les fractures consolidées avec chevauchement, mais encore dans celles qui offrent une réunion aussi parfaite que possible; et de plus ces mêmes phénomènes se présentent à la suite de toutes les lésions physiques par suite de violences extérieures, c'est ce dont nous avons pu nous convaincre à l'hôpital Saint-Louis. Là, nous voyons un grand nombre de malades sortis de différens hôpitaux dans lesquels ils ont été traités de fractures, de contusions, ou d'autres lésions traumatiques, venir nous demander des bains de vapeur, des douches, etc., pour calmer des douleurs quelquefois très-intenses siégeant dans les parties blessées, et gênant plus ou moins les mouvemens. Tous ces faits, d'ailleurs, viennent parfaitement à l'appui des idées que nous avons émises plus haut sur les causes véritables qui empêchent les malades de mouvoir le bras dans les premiers temps de la fracture de le clavicule.

II. *Fractures du col du fémur.*

Les fractures du col du fémur présentent, entr'autres *différences* très-importantes, d'être simples, sans complication d'aucune autre lésion, ou bien au contraire d'être compliquées d'une plaie par arme à feu, ce qui augmente considérablement leur gravité, comme nous verrons.

Les fractures simples, constatées peut-être par A. Paré, le premier, ont depuis près d'un siècle fixé d'une manière tout-à-fait spéciale l'attention des chirurgiens, et l'on a vu surtout dans ces derniers temps éclater entre les auteurs les dissidences les plus tranchées sur la possibilité de la consolidation et sur le choix d'une méthode curative. Nous ne reproduirons pas la controverse établie entre les chirurgiens anglais et les français, au sujet de la formation du cal; les premiers en nient généralement la possibilité avec A. Cooper (*Œuvres chir.*, t. II, p. 146), pour les cas de fracture dans l'articulation (1). La question est aujourd'hui jugée, et une multitude imposante de faits a démontré que la réunion avait lieu dans la majorité des cas. Ce que nous voulons ici, c'est, à l'aide de quelques observations, appeler l'attention sur divers points de l'histoire symptomatologique et diagnostique de cette maladie, et enfin dire quelques mots en faveur d'un moyen très-puissant, l'extension con-

(1) L'opinion de sir A. Cooper sur la non consolidation des fractures du col du fémur, ayant été exagérée dons ces derniers temps, par des auteurs qui l'ont combattue, cet habile chirurgien a cru devoir réclamer; et dans une lettre insérée dans la *Gazette médicale* (9 août 1834), il se défend d'avoir été aussi exclusif qu'on l'a prétendu : il persiste à croire, comme il l'avait déjà fait dans son mémoire, que *le plus généralement* la réunion ne s'effectue point par un *cal osseux*. Il pose une exception pour les cas dans lesquels le ligament réfléchi du col fémoral n'aurait pas été déchiré. Cette lettre ne détruit donc pas le principe général posé par sir A. Cooper, et qui, dans l'ouvrage original, est appuyé sur des raisonnemens et quelques expériences.

tinue directe que certaines personnes sembleraient vouloir bannir de la thérapeutique des fractures.

Vous savez que les *causes* de cette fracture sont directes ou indirectes. Les premières consistent surtout dans les projectiles lancés par la poudre à canon, et les lésions qui en résultent rentrent dans l'histoire des fractures compliquées.

Les solutions de continuité par voie indirecte paraissent être le résultat de deux mécanismes essentiellement différens. Dans l'un, le col du fémur tendrait à être redressé, et c'est ce qui arriverait lors d'une chute sur le grand trochanter. Dans l'autre, au contraire, l'angle que le col forme avec le corps de l'os tend à devenir plus fermé. Cela s'observe quand le fémur est refoulé de bas en haut, tandis que le poids du corps transmis par le côté supérieur de la cavité cotyloïde, entraîne en bas la tête du fémur : c'est ce qui a lieu dans les chutes sur les genoux ou sur la plante des pieds. Ce dernier cas est, sans comparaison, le plus rare.

Voici deux observations qui montrent l'accident arrivé par le premier mode, et qui de plus nous offrent la maladie à son plus grand état de simplicité.

Obs. I.re — Henry Milot, âgé de 60 ans, traversait la rue Saint-Martin, chargé d'un paquet qu'il portait entre ses bras. Voulant se ranger contre les maisons pour éviter une voiture qui avançait rapidement de son côté, il heurta du pied le bord du trottoir auquel il n'avait pas fait attention, et tomba sur la hanche droite. Relevé aussitôt par quelques personnes qui passaient, il essaya de marcher, mais l'excessive douleur que le moindre mouvement occasionnait dans la partie lésée, l'en empêcha.

Transporté à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Jobert, ce chirurgien constata une fracture du col du fémur, et fit, dès le jour même, 24 mars, placer le membre blessé sur un double plan incliné. Par suite d'une mutation

dans les services, ce malade entra dans mes salles vers les premiers jours de mai. Je continuai l'emploi des moyens déjà mis en usage, avec la précaution de renouveler les coussins chaque fois que le poids du membre les avait affaissés. L'appareil fut retiré le 5 juillet. Le raccourcissement que Milot avait présenté lors de son arrivée, persistait. Au bout de quelques jours il commença à marcher avec des béquilles, et sortit le 20 juillet après être resté 104 jours soumis à l'emploi du double plan incliné.

On pourrait dire que ce raccourcissement est dû à un défaut de soins ou d'adresse : mais si je suis bien informé, M. Dupuytren n'est pas plus heureux à son hôpital; c'est, du moins, ce que j'ai entendu dire plusieurs fois à plusieurs personnes, entr'autres à M. Marjolin qui suivit la pratique de M. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, comme chirurgien en second.

Passons immédiatement à une seconde observation qui a beaucoup d'analogie avec celle-ci.

Obs. II.e — Boussaingault, âgé de 75 ans, doué d'une vigoureuse constitution, a toujours joui d'une excellente santé, sauf quelques douleurs rhumatismales pour lesquelles il venait à Saint-Louis prendre des bains de vapeur. Comme il s'y rendait le 2 juin, il fit une chute sur la hanche du côté droit. Placé sur-le champ dans mon service, l'ensemble des symptômes suivans ne permet pas de méconnaître une fracture du col du fémur : 1.° Raccourcissement de près de deux pouces, cédant facilement au moindre effort d'extension. 2.° Rotation en dehors du membre abandonné à lui-même. Si l'on tourne alternativement la cuisse en dedans et en dehors, et qu'on applique en même temps la main sur le grand trochanter, on sent celui-ci tourner autour de son axe, mais on ne peut obtenir de la crépitation. 3.° Impossibilité de mouvoir le membre. L'appareil de M. Dupuytren employé comme chez le précédent et retiré dans les premiers jours de septembre : ce malade ne tarda pas à sortir

pour aller achever sa guérison à la campagne ; il ne pouvait encore marcher qu'avec peine et ne se soutenait qu'avec des béquilles. Nous ne répéterons pas ce qui a été dit partout de l'influence prédisposante de l'âge ; cette partie de l'étiologie se trouve longuement discutée dans tous les traités classiques, et spécialement dans les leçons cliniques de M. le professeur Dupuytren. (*Leçons orales*, t. II).

Les *symptômes* observés chez ce dernier malade sont bien ceux mentionnés par les auteurs, comme caractérisant la fracture du col du fémur ; et si nous voulons aller plus loin, nous dirons, d'après sir A. Cooper, que l'âge avancé du sujet, le raccourcissement assez considérable et l'absence de crépitation, dénotaient une fracture intra-capsulaire. Je ne m'arrêterai pas ici au raccourcissement, les causes en sont bien connues ; je dirai seulement quelques mots sur la rotation en dehors, pour mentionner une remarque que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois, et qui peut aider le diagnostic quand, le raccourcissement étant peu considérable, la crépitation nulle, on ne sait si l'on a affaire à une fracture du col ou bien à une simple contusion. Voici ce dont il s'agit : le malade étant couché sur le dos, et le membre étendu et dans la rotation en dehors, on pourra sans difficulté augmenter cette déviation au point de porter la pointe du pied en dehors et un peu en arrière ; or, c'est ce qui ne s'obtient que bien rarement chez un sujet dont le col du fémur a conservé sa continuité, et dont la hanche est le siège d'une contusion violente.

Il est facile de se rendre compte de ce fait. Dans l'état sain, le mouvement de rotation en dehors ne tarde pas à être borné par la tension de la partie antérieure de la capsule articulaire, et bientôt, si l'effort continue, par la résistance qu'elle oppose à la tête du fémur tendant à se porter en avant, tandis qu'en arrière son col finit par appuyer contre la partie postérieure du bourrelet cotyloïdien. Il paraît même que dans ce mouvement la capsule fibreuse

peut résister à la distension avec une énergie assez grande pour forcer le col du fémur à se rompre. Un fait curieux cité par A. Cooper (1), vient à l'appui de cette assertion. « Une dame qui avait une fracture du col du fémur, me racontait la manière dont ce fâcheux accident lui était arrivé. Elle était à son comptoir; elle se tourna promptement du côté d'un tiroir qui était placé derrière, son pied se trouva arrêté par une élévation du parquet, qui empêcha cette dame de tourner son pied en même temps que le reste du corps, ce qui donna lieu à une fracture du col du fémur. »

Quant à cette rotation en dehors, est-elle due au poids du membre seulement, ou bien faut-il y joindre une action musculaire? Duverney (2) l'attribue à l'action des quadri-jumeaux (le pyramidal, les deux jumeaux et le carré), surtout quand le malade est debout. Bichat (3) pense que ces muscles n'y sont pour rien. Comme il n'y a rien de changé dans ces muscles après la fracture, comme il n'y a de changé que le col du fémur qui, étant fracturé, peut s'infléchir sur lui-même sans que la capsule fibreuse s'y oppose, il est possible que Bichat ait raison. Du reste, nous manquons de faits pour établir le contraire en ce moment.

Diagnostic. — Les auteurs ont donné avec soin les signes qui pouvaient différencier cette fracture des luxations de la cuisse, et effectivement il est des cas qui, au premier aspect, peuvent embarrasser le praticien ; en voici un de ce genre.

Obs. IIIe — Baucheron, âgé de 74 ans, commissaire, suivait le trottoir qui longe les murs du Jardin des Plantes du côté de la rivière. Sa vue, obscurcie par des taies, suites d'anciennes ophthalmies, ne lui permit pas d'apercevoir

---

(1) *OEuvres chir.*, T. II, p. 144.
(2) *OEuvres chir. de Desault*, T. I, p. 285.
(3) *Traité des Mal. des os*, T. I, p. 360.

qu'il était trop près du bord ; il tomba. La chute eut-elle lieu d'abord sur les pieds, ou bien tout le poids du corps porta-t-il sur le grand trochanter du côté gauche ? c'est ce qu'il nous est impossible de savoir. Ce vieillard, dans un état voisin de l'enfance, ne se rappelle que fort confusément les circonstances de sa chute. Quoi qu'il en soit, il ne put se relever; on le mit dans un fiacre qui le ramena chez lui, c'est de là qu'il s'est fait transporter à l'hôpital St.-Louis sur un brancard.

Le lendemain matin à la visite, nous trouvons le membre pelvien gauche raccourci de près de trois pouces; la cuisse et la jambe dans une légere flexion et dans la rotation en dehors. Le grand trochanter s'est rapproché de l'épine iliaque de toute l'étendue du racourcissement ; la fesse gauche est manifestement plus tendue et plus volumineuse que la droite; tous les mouvemens imprimés à l'articulation coxo-fémorale sont excessivement douloureux, et la rotation en dedans est rendue très-difficile à cause de la contraction active des muscles. Les efforts même assez énergiques d'une seule personne ne peuvent rendre au membre sa longueur habituelle. Pas de crépitation.

La première idée qui put s'offrir à l'esprit et qui parut le mieux fondée, c'est que ce malade était atteint d'une fracture du col du fémur. Cependant le racourcissement était ici bien plus considérable qu'il n'est d'habitude, et le membre ne pouvait reprendre sa longueur sous l'influence de tractions modérées. Était-ce donc une luxation du fémur dans laquelle la tête de l'os serait dirigée en avant et en dedans, seule manière d'expliquer la rotation du membre en sens opposé ? Mais nous avons démontré qu'une semblable disposition de l'extrémité supérieure du fémur dans la luxation iliaque était impossible sans un affreux désordre qui n'existait pas ici ; d'ailleurs on eut senti une éminence osseuse arrondie sur le pubis, et le toucher ne fesait reconnaître rien de pareil.

Une dernière supposition pouvait être faite ; si dans la chute le rebord supérieur de la cavité cotyloïde avait été brisé, la tête du fémur pouvait être sortie de sa cavité et s'être logée dans l'excavation que lui offraient les parties rompues de l'os iliaque.

Cependant il fallait agir, une indication urgente était là, c'était de rendre au membre sa longueur habituelle. En la remplissant, je trouvais l'avantage de constater la nature du déplacement : si un choc se faisait entendre et que le membre vînt à recouvrer sa longueur et ses mouvemens, c'était une luxation. Si je parvenais seulement à faire cesser le racourcissement ou bien à le rendre moindre, et que je pusse alors apercevoir de la crépitation ; eh bien ! c'était une fracture du col, opinion vers laquelle j'inclinais fortement. Le malade fut placé sur une table couverte d'un matelas, un élève seul pratiquait l'extension augmentant graduellement ses efforts. Au bout de quelques instans on entendit un craquement sourd, inégal. Les tractions furent suspendues. On reconnut que le racourcissement n'était plus que d'un pouce environ. Les muscles de la fesse étaient moins tendus; en un mot, les symptômes de la fracture du col du fémur se dessinèrent bien nettement, et tous nos doutes furent levés.

Le malade reporté dans son lit, nous lui appliquâmes l'appareil à extension continue de Desault avec la précaution de garnir soigneusement de coton toutes les parties sur lesquelles devaient porter les lacs extensifs, afin d'en adoucir la pression. Quelques jours après, un délire nerveux très-intense se déclara sans cause appréciable, puisque le malade ne s'était pas plaint un seul instant de souffrir dans l'appareil. Nous combattîmes cet accident par les narcotiques et les calmans. Appaisé pendant quelques jours, il ne tarda pas à reparaître. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque, un autre à la cuisse droite. Le délire alors diminua peu-à-peu d'intensité, et depuis il ne s'est

montré qu'à des intervalles assez éloignés et avec peu d'énergie; le reste du temps le malade est plongé dans des rêvasseries continuelles. (Nous avons dit en commençant que chez ce vieillard les facultés intellectuelles étaient dans un grand état d'affaiblissement).

L'appareil fut enlevé le 6 octobre, après cinquante-six jours d'application; le membre présenta un racourcissement d'un pouce environ. Aujourd'hui (28 octobre) le malade ne s'est pas encore levé; il a toujours de temps en temps des accès de délire qui feraient croire à une aliénation mentale.

Mais ce n'est pas seulement avec les luxations de la hanche que la fracture du col du fémur peut être confondue. Il est des cas où une fracture du bassin peut la simuler au point de rendre l'illusion complète.

Obs. IVe *Fracture du bassin simulant une fracture du col du fémur.* — Le nommé Croisy (Victor), âgé de 20 ans, fut apporté dans mon service le 19 mai 1834. Il venait d'être renversé par une charrette pesamment chargée, dont la roue lui passa obliquement sur la partie supérieure de la cuisse et sur le pubis et le bas-ventre, froissant le testicule droit. Une saignée fut pratiquée sur-le-champ, et 50 sangsues furent placées sur l'abdomen.

Le lendemain matin, 20 mai, Croisy se plaint de souffrir dans les parties contuses des douleurs assez vives, mais qui cependant ne s'exaltent que très-peu par la pression. La région inguinale du côté droit est tuméfiée; le scrotum est fortement ecchymosé. Du reste, chose remarquable, mais qui a déjà été notée bien des fois, la peau du ventre n'offre aucune trace de contusion. On ne peut reconnaître ni mobilité, ni crépitation évidente dans les os du bassin, et acquérir la preuve de leur fracture, quelqu'effort que l'on fasse pour y parvenir. Toutefois il faut dire ici que le gonflement était assez considérable, que cet examen causait au malade des douleurs qui ne permettaient pas de le prolonger. Ajoutons que le bassin étant mal fixé par le poids

du corps et des membres inférieurs sur le plan solide que lui présentent les matelas, il était fort difficile d'y reconnaître de la mobilité. Le pouls était fréquent et développé. (50 sangs. seront encore appliquées).

Les jours suivans, le malade se plaint toujours de souffrir dans la région de l'aine; plusieurs applications de sangsues ne peuvent calmer les douleurs et faire disparaître le gonflement inflammatoire.

25 mai. Un examen plus attentif nous fit apercevoir une chose que nous n'avions pas encore remarqué ou qui ne s'était peut-être pas encore manifestée chez ce blessé. Le membre inférieur droit était fortement tourné dans la ro tation en dehors, raccourci d'un demi-pouce, et reprenait sa direction et sa longueur normales par la moindre traction. A ces symptômes nous dûmes soupçonner une fracture du col du fémur. L'état du malade ne permettait pas de songer à mettre en usage aucun des appareils contentifs ordinaires, et l'on se borna à fixer le membre au moyen d'une alèze pliée en cravatte et passée sur le genou.

Bientôt une suppuration énorme s'empara de tout le bassin; il fallut ouvrir plusieurs abcès dans la région inguinale. Une communication entre la vessie et le principal foyer s'établit spontanément, et le malade succomba le 3 juin avec des symptômes de résorption purulente et épuisé par la suppuration.

A l'autopsie, outre les désordres des parties molles et que j'omets à dessein, nous trouvâmes du côté droit une fracture de la branche horizontale du pubis, à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. Plus bas était une fracture double de la branche ascendante de l'ischion, laissant un fragment moyen long de cinq à six lignes, flottant dans le vaste foyer purulent qui baignait toute cette région. Il y avait un déplacement assez considérable; toute la masse du fragment externe avait éprouvé un mouvement

de bascule qui portait la partie rompue de la branche horizontale au-dessus et un peu en avant du bout interne. Par suite de ce mouvement, l'intervalle laissé au milieu de la branche montante par le fragment moyen détaché de l'os, se trouvait comblé; les os étaient complètement dénudés de leur périoste; les symphyses sacro-iliaque et pubienne étaient détruites, dépouillées de cartilages. Le col du fémur et l'articulation coxo-fémorale étaient dans la plus parfaite intégrité.

Au milieu d'accidens aussi graves une fracture du col n'était qu'un accident secondaire sur lequel nous ne fixâmes pas notre attention d'une manière spéciale. Néanmoins, si pareil cas se présentait, on pourrait, je crois, arriver à porter un diagnostic certain à l'aide des considérations suivantes : Une cause agissant avec une extrême violence ne peut guère avoir borné son action à une simple fracture du col du fémur, il faut donc explorer le bassin : alors, si celui-ci a été brisé, on verra que les rapports de distance entre le grand trochanter et l'épine iliaque ne sauraient être changés, car c'est au déplacement du bassin et non de l'extrémité supérieure du fémur que sont dus la rotation en dehors et le raccourcissement. Il n'y aurait de changement que si l'os iliaque était lui-même fracturé; mais alors la mobilité de l'épine iliaque en ferait bientôt reconnaître la cause. Si l'on porte alternativement le membre en dedans et en dehors, le grand trochanter doit décrire des arcs de cercle aussi grands que de coutume et non pivoter sur son axe; autrement les mouvemens seraient dus, non pas à la rotation du fémur, mais à des déplacemens du bassin dont on constaterait probablement la mobilité. Enfin, si la crépitation se faisait entendre et qu'on en recherchât le siége exactement, on le trouverait dans le bassin, tandis que dans la fracture du col elle est dans la hanche.

Cette fracture du bassin offre cela de curieux qu'elle a déterminé une rotation de la cuisse en dehors, tandis que

le plus grand nombre des lésions de ce genre rapportées par les auteurs, A. Cooper entr'autres, avaient donné lieu à la rotation en dedans. Il faut avouer que A. Cooper (t. I, pag. 72), dit bien que dans certains cas de fractures du pubis et de l'ischion le membre est raccourci sans être tourné en dedans ; mais il ne parle pas de la déviation en sens opposé.

Traitement. Rendre au membre sa longueur et sa direction habituelles, et le maintenir dans cet état, telles sont les indications que présente la fracture du col; mais il est excessivement difficile de les remplir.

Aujourd'hui les praticiens sont partagés entre deux moyens principaux. L'un, dont l'invention remonte très-haut, consiste à exercer des tractions continuelles à l'aide d'un appareil disposé à cet effet, sur le membre placé dans l'extension. C'est dans ce but que les anciens employaient les glossocômes, des poids attachés au pied du malade, etc., etc. Telle est l'idée qui dirigea Desault dans la construction de son ingénieux appareil; telle est, en un mot, l'extension que nous appellerons *droite*, pour la distinguer de la suivante. Le second moyen a été proposé surtout par les modernes : il consiste à placer le membre dans la demi-flexion. On sait qu'Hippocrate conseille (1) la flexion pour les membres supérieurs, et l'extension pour les jambes comme position plus naturelle; ce précepte semble être tombé dans l'oubli jusqu'à nos jours, et cependant on trouve dans A. Paré une phrase (2) dont le sens, peut-être un peu obscur, pourrait être interprété en faveur de la demi-flexion : cette phrase, la voici : « *Or, quant à la figure que l'on doit observer* (après l'application de l'appareil), *elle sera convenable si les muscles sont en leur situation naturelle, ce qui se fera si la partie est tenue en*

(1) *Labor. du chir.*, T. I, p. 2, p. 293, trad. de Gardeil.
(2) *OEuv. d'A. Paré*, liv. XV, chap. 4, p. 521.

FIGURE MOYENNE, *en laquelle, si elle est sans douleur, le malade pourra longuement demeurer.* » Quoi qu'il en soit, Pott (1), ayant analysé avec soin l'action musculaire dans les fractures, en conclut que la position *fléchie* devait être préférée à la première. Les Anglais adoptant les idées de leur compatriote, White (2) de Manchester, puis M. James, firent construire des appareils formés de deux plans inclinés, en bois, qu'ils employèrent dans les fractures du fémur. Sir A. Cooper adopta cet appareil, et dès le commencement de ce siècle le mit en usage. M. Dupuytren (3), l'un des premiers en France, professa la doctrine de la position demi-fléchie; et pour les fractures du col du fémur, après avoir essayé la machine de James et d'A. Cooper, construisit son double plan incliné avec des coussins seulement, et par la manière dont il disposa le blessé joignit à la demi-flexion l'extension continue.

Enfin il est des chirurgiens qui ne veulent rien faire, et qui se contentent de maintenir le membre dans l'immobilité, en l'attachant, par exemple, avec celui du côté opposé.

Auquel des deux premiers moyens faut-il donner la préférence ? A aucun exclusivement, car tous deux renferment des avantages appropriés à quelques-unes des circonstances qui accompagnent les fractures. Ainsi si j'avais affaire à une fracture présentant un raccourcissement peu considérable, facile à vaincre, je mettrais volontiers en usage le double plan incliné solide, convenablement garni de coussins. Mais si le raccourcissement est très-considérable, que détruit il tende sans cesse à se reproduire, alors, comme dans les fractures obliques de la cuisse, j'emploie *l'extension droite*, continue, et je n'ai jamais eu lieu de m'en

(1) *OEuv. chir.*, T. II. Remarq. gén. sur les fractures.

(2) *OEuv. chir. de Cooper*, T. II, p. 179.

(3) *Leçons orales*, t. II.

repentir. Il est surtout indiqué pour moi quand le malade est indocile ou qu'il a le délire. On lui a adressé bien des reproches injustes pour assurer la préférence à l'extension demi-fléchie, et j'avoue que rien ne justifie à mes yeux cette prétendue supériorité. On a dit que si l'on soumettait le membre étendu à une traction permanente, il en résultait des douleurs très-vives : cela est vrai quand on agit avec trop d'énergie ; mais si l'on a soin de modérer l'effort extensif, et surtout d'attendre pour l'appliquer que la première irritation soit calmée, alors le malade ne souffre pas plus par ce procédé que par tout autre. En outre, remarquons que dans la méthode anglaise le jarret portant sur l'angle du pupitre en bois qui constitue le double plan incliné, le soin que l'on a de couvrir ce plancher d'un coussin, n'empêche pas le malade de souffrir d'une pareille compression. On a reproché à l'extension droite un inconvénient qui devrait la faire proscrire s'il n'était possible de l'éviter : je veux parler de la pression supportée par les parties sur lesquelles les liens extensifs et contre-extensifs prennent leur appui, et qui peut-être portée au point de déterminer la gangrène, comme on en a observé des exemples; mais on n'aura rien à craindre si l'on a soin de matelasser avec du coton les parties sur lesquelles les moyens d'action doivent porter, et de répandre ceux-ci sur les plus larges surfaces possibles. Dans l'extension demi-fléchie, le bassin est suspendu à la jambe qui est retenue sur le double plan; et, comme nous l'avons vu, c'est le jarret qui soutient tout l'effort; dès-lors les vaisseaux principaux du membre sont comprimés; delà, surtout chez les vieillards, l'œdème du membre, et par conséquent une tendance extrême des parties sur lesquelles passe le drap plié qui maintient la jambe, à être prises de gangrène.

Dans l'extension droite les tractions sont supportées à la fois par les articulations du pied, du genou et de la hanche. Il n'en est pas de même pour la demi-flexion ; elle

porte tout entière sur le genou dont les ligamens sont tendus et tiraillés tant par sa position que par l'effort qu'il est obligé d'exercer : il peut donc en résulter des dangers pour l'articulation. Il est très-facile, quoiqu'on ait prétendu le contraire, de mesurer le membre sans défaire l'appareil, et certes beaucoup plus que dans la position demi-fléchie, car dans celle-ci, la cuisse étant inclinée sur le bassin, le genou s'est rapproché de l'épine iliaque : les rapports ainsi changés rendent la mensuration plus difficile.

Il n'est donc aucun des inconvéniens reprochés à l'extension droite dont l'extension fléchie ne soit entachée elle-même, et souvent à un degré plus marqué. Enfin ce dernier moyen ne m'offre pas, quand il est appliqué, la même sécurité que l'autre ; il ne met pas à l'abri des mouvemens involontaires ou des imprudences auxquelles peut se livrer un malade indocile.

L'extension droite adoptée dans la majorité des cas, quel appareil employerons-nous? Celui de Boyer me paraît l'emporter de beaucoup sur celui de Desault. Il a essuyé les mêmes reproches que nous venons de reproduire pour les combattre, et de plus on a dit que l'emploi d'une *force aveugle*, telle qu'une vis, avait le grave inconvénient de produire un effet dont on ne pouvait pas apprécier l'énergie. Force aveugle ! un lacs est-il donc plus intelligent qu'une vis ? Il n'y a d'aveugle que le chirurgien s'il agit sans discernement ! alors en effet il déterminera beaucoup de douleur et des tiraillemens très-nuisibles; mais s'il a soin de s'arrêter quand le malade dit éprouver de la douleur, et surtout quand, chose bien facile à reconnaître, le membre a repris sa longueur habituelle, on n'aura rien à redouter, et l'on aura agi par une puissance mécanique, comme on le fait avec les mains sur les lacs extensifs de Desault, avec cette différence que dans le premier cas les tractions sont graduées, uniformes, et dans le prolongement du membre. Enfin lorsque l'appareil est appli-

qué, il est bien aisé de voir si la constriction est trop forte, en passant la main entre l'aine et le lac contre-extensif. Dans l'appareil de Boyer, les points d'appui de l'extension sont répartis sur de bien plus larges surfaces que dans celui de Desault, et même je crois que l'on pourrait faire subir à la machine du premier une modification avantageuse, en substituant aux courroies qui partent du talon de la semelle un bas lacé qui remonterait jusqu'au-dessus du genou. On appliquerait ce bas par dessus un bandage roulé, ou avec la précaution de garnir de coton, au besoin, les parties déprimées, afin que la pression fût supportable et égale partout. Enfin, comme tout le monde l'a remarqué, la machine de Boyer remédie à la déviation du pied en dehors. Il y a bien encore une autre objection, mais si futile, qu'en vérité je ne sais si je dois la relever ici; je veux parler de la difficulté qu'il y a de se procurer l'appareil en question, et du prix qu'il coûte : il est clair que si l'on ne peut pas l'avoir, on sera forcé de s'en passer; mais cela n'empêche pas qu'il ne soit de beaucoup préférable à tout autre, et qu'on ne l'emploie toutes les fois qu'on peut l'avoir à sa disposition. Enfin, pour les cas où la demi-flexion peut être mise en usage, faudra-t-il préférer le double plan incliné solide des Anglais, ou celui formé de coussins qu'emploie M. Dupuytren? Je trouve à ce dernier un défaut très-grave; c'est que les oreillers s'affaissent avec une très-grande facilité, et demandent à être renouvelés presque tous les jours; delà des mouvemens nuisibles à la consolidation, et de plus il n'y a pas d'extension permanente, puisque le poids des membres efface l'angle du double plan, affaisse très-promptement les coussins, et permet ainsi au déplacement de se reproduire. Ce défaut est surtout sensible pour le praticien de campagne qui ne peut venir tous les jours réappliquer son appareil. La machine de White a bien l'inconvénient d'une pression nuisible sur le jarret, mais celle-ci est di-

minuée quand on recouvre le pupitre d'un coussin convenable. Aussi, parmi les doubles plans inclinés, les meilleurs encore sont ceux de sir A. Cooper et de Delpech.

Fractures compliquées.

On est loin de connaître les fractures compliquées du col du fémur aussi bien que les fractures simples ; on le conçoit : elles sont moins fréquentes et on a beaucoup moins d'occasions de les étudier. Ce n'est qu'en réunissant une grande masse de faits que l'on pourra espérer d'avoir l'ensemble, sinon de toutes les complications qui peuvent se présenter, du moins de leurs analogues. Ce travail est encore à faire, et c'est pour y contribuer que nous publions l'observation suivante :

Observation de fracture du col du fémur avec blessure de l'artère crurale. Ligature. Emploi de l'appareil à extension continue de Boyer. Guérison. — Tirebac Bernard, ancien militaire, âgé de 30 ans, demeurant à Paris, a été reçu à l'hôpital Saint-Louis le 28 juillet 1830. Il est d'une assez grande taille, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution. Il a servi pendant huit ans, et n'a jamais eu d'autre maladie qu'un point de côté qui lui a duré environ quinze jours, c'était la suite d'un refroidissement. En 1823, à l'attaque du Trocadéro, il reçut, au devant de la rotule, un coup de bayonnette ; l'instrument n'avait pas pénétré, et la plaie fut guérie au bout de trois semaines. Il put ensuite revenir à pied de Cadix à Paris.

Il a quitté le service en 1827. Jusqu'à cette époque il a été sujet à des epistaxis ; mais depuis elles se supprimèrent, et Tirebac fut, à plusieurs reprises incommodé par le sang. Pour la première fois, il y a deux ans, puis au commencement de l'année dernière (1829), et ensuite à l'automne, il lui est survenu, à chacune de ces époques, une éruption pustuleuse avec gonflement à la partie supérieure de la face, et principalement au front, laquelle a été gué-

rie à chaque fois par une saignée copieuse. Aux pustules, ont succédé des croûtes qui ont laissé de légères cicatrices. Il est, du reste, sujet aux étourdissemens et aux maux de tête. Marié peu de temps après sa libération, il a exercé dès ce moment le métier de plombier.

Le 28 juillet 1830, il reçut, sur le boulevard Saint-Martin, une balle qui, pénétrant dans la région inguinale au niveau de l'articulation coxo-fémorale, est ressortie à la partie postérieure inférieure et externe de la fesse. Recueilli d'abord dans une maison voisine, il fut transporté a Saint-Louis au bout d'une demi-heure environ. A son arrivée, on reconnut une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, intéressant très-probablement le col de cet os. L'écoulement sanguin était alors peu considérable; l'état du malade était alarmant; une saignée abondante fut sur-le-champ pratiquée, et le membre placé sur des coussins à la manière de Pott, parce que le malade, souffrant et indocile, ne voulait pas d'autre appareil, et que je craignais beaucoup d'ajouter à ses souffrances. A peine une heure s'était-elle écoulée, que je fus averti d'un accident formidable qui venait de se manifester. Une hémorrhagie considérable était survenue, le sang avait traversé les matelas et la paillasse et coulait déjà sur le carreau. L'appareil enlevé, je reconnus que la plaie postérieure donnait issue à un courant de sang vermeil. Cet indice et la situation de la plaie me prouvèrent que l'une des circonflexes, ou les deux, étaient blessées. Que fallait-il faire? Amputer dans l'article? Je l'avoue, l'idée d'une opération qui, chez cet homme très-fort et très robuste, eut entraîné une plaie immense, une horrible mutilation et très-probablement une mort prompte, m'effraya. La ligature m'offrait un moyen à-peu-près certain d'arrêter l'hémorrhagie; j'avais en outre l'espoir de rendre par là moins intenses les accidens inflammatoires qui pouvaient survenir. Mon parti fut donc pris sur-le-champ. Je liai la crurale au niveau de l'ar-

cade de ce nom, et sur-le-champ l'écoulement sanguin fut arrêté. Tranquille du côté de l'hémorrhagie, il fallait songer à la fracture. Je réappliquai l'appareil et plaçai le membre sur un double plan incliné, fait de coussins peu élevés, sans pratiquer aucune extension, de peur d'éveiller des douleurs et les accidens inflammatoires que je redoutais.

Le premier jour, le malade était dans l'affaissement et souffrait peu; mais le lendemain les douleurs s'étant fait sentir, je les calmai au moyen d'une application de 50 à 60 sangsues; le même accident, mais moins intense, nécessita encore à plusieurs reprises l'emploi du même moyen, et, pendant l'espace de six semaines, près de 200 sangsues furent ainsi appliquées en différentes fois. Après dix ou douze jours de diète on accorda du bouillon, puis quelques potages; et au bout d'un mois le blessé commença à manger un peu. Vers le dixième jour, la plaie postérieure était cicatrisée, l'antérieure et celle faite pour la ligature, continuèrent à donner chaque jour un peu de pus.

12 septembre. Six semaines environ s'étaient écoulées; toutes les plaies, dont la marche n'avait été entravée par aucun accident grave, étaient fermées; la consolidation de la fracture paraissait se faire avec un léger racourcissement qui existait dès le principe. Enfin, tout semblait promettre une guérison heureuse autant qu'inespérée, quand tout-à-coup un accident vint détruire en un instant des résultats si péniblement achetés et remettre en question la vie du malade. Un mouvement involontaire pendant son sommeil détruisit la consolidation commencée; une vive douleur s'empara de la région blessée, et des mouvemens convulsifs produisirent immédiatement un raccourcissement considérable. 70 sangsues furent appliquées sur-le-champ pendant la nuit, et, le lendemain matin à la visite, nous trouvâmes le membre raccourci de quatre ou cinq pouces, et la fesse, soulevée par le grand trochanter remonté. Ce symptôme

ne laissait aucun doute sur le siège de la fracture au col de l'os. Le pouls était fréquent, développé, la peau chaude. Le malade désespérait de sa guérison. 50 sangsues furent encore appliquées ce jour-là ; mais le déplacement entretenait une irritation dont je redoutais les suites ; il fallait, à tout prix, le faire cesser. Je résolus d'employer l'appareil mécanique de Boyer, seul et faible espoir de rétablir heureusement l'état des parties et de sauver le malade. Des potions calmantes lui furent administrées, des cataplasmes laudanisés furent constamment appliqués autour de la partie supérieure du membre, et l'on diminuait la pression exercée par les lacs extensifs à l'aide de cardes de coton qui enveloppaient l'aîne et le pied. L'appareil fut gênant les premiers jours : le membre étant devenu excessivement douloureux dans toute son étendue, mais surtout au niveau des articulations, je les couvris en entier de coton cardé, afin d'adoucir la pression des lacs, et je pris l'appui de ces derniers, non pas seulement sur le pied, mais sur la jambe et jusque sur la partie inférieure de la cuisse. Une semaine s'était à peine écoulée que la fièvre s'était calmée et que l'état général commençait déjà à s'améliorer. Dès le premier jour de l'application de l'appareil, les plaies antérieures de la ligature de l'artère et de la balle se rouvrirent et commencèrent à suppurer ; celle d'entrée de la balle donna une suppuration plus abondante qu'avant sa première cicatrisation. Cependant on exerçait, à l'aide de la vis, des tractions graduées et modérées qui, en sept ou huit jours et sans douleurs, grâce aux précautions ci-dessus mentionnées, ramenèrent le membre à la longueur qu'il présentait avant l'accident du 12 septembre, c'est-à-dire environ un pouce de raccourcissement. Tout n'était pas fini. Au bout de trois semaines, les douleurs se réveillèrent avec une telle vivacité que le malade fut pendant six nuits privé de sommeil; à peine furent-elles diminuées par deux ou trois applications de 40 ou 50 sangsues et des cal-

mans. Enfin, la sixième nuit un narcotique énergique ayant été administré, les douleurs s'appaisèrent, le sommeil revint, et la santé du malade s'améliora de jour en jour.

Les plaies antérieures qui s'étaient rouvertes se cicatrisèrent en quelques semaines. La plaie postérieure, qui s'était rouverte aussi huit jours après l'application de l'appareil, se referma au bout de vingt-quatre heures.

L'appareil mécanique fut enlevé le 28 novembre; alors le membre n'offrait qu'un pouce et demi de racourcissement; mais, quoique la consolidation parût assez bien faite, il s'est peu-à-peu raccourci jusqu'au moment de la sortie du malade (30 décembre), sans qu'on s'en aperçût d'abord. Depuis dix à douze jours on lui permettait de se lever et de marcher avec des béquilles.

J'ai revu depuis ce malade, et voici l'état dans lequel il est aujourd'hui, 9 mars 1831.

Le membre offre un racourcissement de près de trois pouces; il est comme soudé supérieurement avec l'os de la hanche et ne se meut que par un mouvement de totalité avec le corps. Le genou commence à pouvoir se fléchir un peu; il est probable qu'avec de l'exercice il pourra recouvrer ses mouvemens. Quant à la hanche, je ne crois pas que jamais elle puisse prendre de la mobilité. Une saillie osseuse se montre à la partie externe et supérieure de la cuisse, à-peu-près au niveau du grand trochanter opposé, et un peu plus en avant. Le malade éprouve encore de temps à autre, et surtout dans les changemens atmosphériques, des douleurs, tantôt à la hanche, plus souvent au genou qui est devènu très-sensible toutes les fois que le pied touche à terre ou vient à heurter contre quelque corps saillant.

J'ai insisté sur les circonstances antécédentes pour bien faire ressortir le tempérament sanguin de cet homme, et faire comprendre comment, après une hémorrhagie aussi abondante, précédée déjà d'une forte saignée, il avait pu supporter les émissions sanguines répétées auxquelles il fut

soumis. Malgré ces pertes, le pouls se maintenait fréquent et fort. C'est sur cet état de la circulation que nous nous fondons pour appliquer des sangsues en grand nombre et à plusieurs reprises, et on le voit, un succès complet a couronné nos efforts.

En cas d'hémorrhagie, la ligature de l'artère principale d'un membre affecté de fracture, a été conseillée déjà depuis assez long-temps par plusieurs praticiens, mais personne, peut-être, n'a pensé à la faire servir à atténuer l'inflammation terrible et presque constamment mortelle d'une plaie d'arme à feu dans une des plus grandes articulations. Il n'y avait pas à craindre de priver les os du sang indispensable pour la production du cal; il suffit de songer au développement que prennent les vaisseaux après l'oblitération d'un gros tronc artériel, pour n'avoir aucune inquiétude à cet égard.

Ce malade nous a présenté une particularité assez remarquable dans les blessures de l'aine avec fracture de l'os: il n'y a d'ordinaire qu'une seule ouverture. Il semblerait, comme on l'a dit, que le projectile ait épuisé ses forces d'impulsion à traverser une aussi grande épaisseur de parties molles, et à rompre un os : ici la balle était ressortie, et d'après l'indication de l'ouverture postérieure, on voit qu'elle n'avait pas été déviée dans son trajet. La circonstance du séjour de la balle au sein d'une masse charnue est très-fâcheuse, à cause des maneuvres d'extraction qui deviennent indispensables, et qui prédisposent singulièrement les parties à s'enflammer.

Fallait-il débrider les ouvertures d'entrée et de sortie ? Je ne le pense pas : l'indication ne s'en présente que quand un engorgement inflammatoire avec étranglement s'est déclaré. Or, comme l'attestent une multitude de faits, comme nous l'avons encore observé à l'occasion des derniers troubles d'avril, cette inflammation peut ne pas survenir : à quoi donc aurait servi l'opération douloureuse du

débridement ? A rendre la plaie plus large, et à faire attendre plus long-temps sa cicatrisation : si l'inflammation survient, les antiphlogistiques peuvent la calmer, et s'ils ne suffisent pas on est toujours à même d'en venir à l'incision.

Les détails dans lesquels je suis entré plus haut sur les avantages de l'appareil à extension continue, me dispensent d'insister ici sur l'emploi que j'en ai fait sur ce malade dans des circonstances où, aux yeux de plusieurs chirurgiens, il eût paru contre-indiqué.

Les plaies d'entrée et de sortie de la balle n'offraient pas la même étendue. La première était plus large, mais il arrive assez souvent que c'est la seconde qui offre ce caractère ; il arrive aussi qu'elles soient égales. J'expliquerai ailleurs à quoi tiennent ces variétés méconnues par les auteurs dans leur fait et leur mécanisme. Je dis dans leur fait, parce que les uns et les autres adoptent les unes et rejettent les autres ; tandis qu'elles existent toutes les trois.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Choix d'observations publiées par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg (1).

SECTION PREMIÈRE. — *Affections du système nerveux.* (2).

OBS. I.re — *Ossification et sécheresse remarquable des membranes du cerveau ; ramollissement de la substance*

(1) *The Edinb. med. and chir. Journ.* Octobre 1834.

(2) Outre l'intérêt que présente ce mémoire sous le rapport pathologique, un autre motif nous a fait saisir l'occasion de le réunir dans le même numéro à celui que nous a donné le chef de clinique de M. Rostan : il sera curieux et utile de voir comment les mêmes maladies sont comprises et traitées dans l'école de Paris et dans celle d'Edimbourg, par les professeurs qu'on peut en regarder comme les représentans.

cérébrale ; caillots sanguins multiples dans la même substance ; état particulier du sang dans l'appareil veineux encéphalique; par Alexander Hood. -- Agnés Buchan, âgée de 28 ans, sobre, active, prenant très-peu d'exercice, faisant le repas du matin et celui du soir avec du thé, du pain et du beurre, dinant fort légèrement depuis plusieurs années, éprouva, en octobre 1827, des palpitations qui persistèrent à des degrés variables d'intensité jusqu'en janvier 1828, où elles disparurent en grande partie. Depuis cette époque jusqu'au mois de mai, elle jouit d'une assez bonne santé, quoique délicate et nerveuse. Les règles paraissaient régulièrement. Le 24 mai, ayant ses règles, elle fit vingt-quatre milles à pied sans inconvéniens. Le 26, elle s'occupa avec ardeur à nettoyer une chambre, à laver les rideaux d'un lit, à les étendre, etc. Le 27, stupeur; confusion dans les idées ; perte de mémoire. Le 28, légère attaque d'épilepsie ; nausées ; oppression ; vomissemens fréquens. Le 29, quelques vomissemens ; palpitations parfois très-pénibles ; idées confuses ; douleur violente en arrière du cou, mais surtout à la partie supérieure et postérieure de la tête; pouls à 72; visage pâle, presque exsangue ; constipation. (La tête ayant été rasée, on appliqua huit ou dix sangsues sur la partie douloureuse; la malade prit une once d'huile de ricin qui fut rejetée). Le 1.er juin, palpitations, prostation; constipation. Le 2, la malade prit deux onces de solution de sulfate de magnésie, avec addition de huit grains de sulfate de fer; peu de temps après, les vomissemens recommencèrent, et firent rendre par fois un un peu de bile. (Application, sur l'épigastre, de whisky avec du poivre; potion calmante pour le soir). Le 3, retour des vomissemens; pouls à 72. (Poudre de Sedlitz; lavement qui amène quelques matières noirâtres). Comme elle venait de rendre cette selle, la malade voulant se relever se trouva paralysée du bras et de la jambe droite. Dans l'après-midi, plusieurs attaques de mouvemens convulsifs, incohérence

dans les idées; visage pâle; yeux égarés; pouls à 110, plein et fort. (Saignée de seize onces; dix sangsues à la tête). Dans la nuit, attaques convulsives ou épileptiformes très-fréquentes qui épuisent la malade. Mort le 4, vers le milieu du jour.

Autopsie. — En incisant les tégumens pour séparer la voûte du crâne, il ne s'écoula pas une goutte de sang; pas un seul vaisseau sanguin ne fut visible. Le crâne avait une épaisseur normale. Près de la région frontale, à droite, on observa une petite tumeur osseuse tenant à la table externe de l'os, ressemblant pour la forme à la moitié d'un pois, mais un peu plus volumineuse. En dedans du crâne, un peu au-devant de l'origine de la suture lambdoïde, et de chaque côté du sinus longitudinal, existaient des pointes osseuses longues d'un demi-pouce, larges d'un tiers de pouce. Le sinus était complètement rempli par un caillot sanguin très-dur, et ce vaisseau coupé en travers ressemblait à un boudin formé avec du sang cuit. Sur l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessous et en arrière de la suture coronale, les vaisseaux des méninges étaient distendus par du sang caillé et tellement résistant, qu'après avoir coupé ces vaisseaux on ne pouvait l'en faire sortir par la pression. Il fallut ouvrir les veines suivant leur longueur pour examiner le caillot. Vers le milieu du lobe gauche, près de l'endroit où la faux du cerveau sépare les deux hémisphères, on trouva dans la substance cérébrale un caillot sanguin, de la grosseur d'une petite fève. A deux pouces et demi plus en arrière, presqu'au dessous de la portion ossifiée du sinus, et toujours dans l'hémisphère gauche, la substance cérébrale était ramollie et offrait plusieurs caillots de la grosseur d'un pois. Dans cette dissection du cerveau, on n'aperçut pas une goutte de sérosité ni de lymphe, et à peine remarqua-t-on une goutte de sang liquide. Ici s'arrêta l'autopsie.

OBS. II.ᵉ — *Tumeur de la portion pétreuse de l'os tem-*

poral ; abcès de la surface antérieure du cervelet ; ramollissement de la protubérance annulaire et de la moelle alongée; par le docteur Beilby. — Un homme, âgé de 31 ans, qui avait joui d'une excellente santé, éprouva en mars 1830, de la douleur dans l'oreille droite. Il s'en écoula bientôt une matière purulente, et la douleur disparut, mais pour revenir par intervalles et avec beaucoup de violence pendant quelque temps. En juin, l'oreille, qui n'avait pas cessé de couler, devint le siège d'une douleur vive et constante, et l'écoulement s'arrêta. Alors le malade commença à ressentir de grandes souffrances dans la tête, pour lesquelles il prit beaucoup de médicamens, particulièrement du mercure. L'écoulement se manifesta de nouveau, et on remarqua alors une grande diminution de la douleur. Depuis ce moment, céphalalgie fréquente, variable pour l'intensité et le siège, tantôt principalement à la partie postérieure de la tête, tantôt au-dessus des yeux, mais plus fréquemment à droite. Suivant le malade, la douleur semblait se diriger de l'oreille vers le sommet de la tête. Il arrivait quelquefois qu'elle cessait sans cause connue, et qu'elle était deux ou trois semaines sans reparaître. Je vis le malade pour la première fois au commencement de décembre 1833. A cette époque, céphalalgie violente ; bruits dans l'oreille droite ; surdité assez prononcée de la même oreille. Les sangsues, les vésicatoires et les purgatifs ne produisirent aucun effet. Le 23 janvier, on trouva le malade étendu sur le plancher de sa chambre à coucher, dans un état de stupeur. Tiré avec beaucoup de peine de cet état, il dit qu'il était tombé de son lit, mais il ne put donner aucun récit intelligible. Confusion des idées; parole peu distincte. La tendance au coma était presque irrésistible; le malade ayant été relevé, accusa une vive douleur de la tête. Il mourut le lendemain.

Examen nécroscopique de la tête. — La surface du cerveau était sèche. Les ventricules latéraux contenaient une

once et demie à deux onces de sérosité. Les parois de ces ventricules, le *septum lucidum* et la voûte étaient ramollis. Au sommet de la portion pétreuse du temporal existait une tumeur solide de la grosseur d'une petite fêve, qui semblait naître du tissu osseux; elle était enveloppée par la substance cérébrale à laquelle elle était unie; on ne put la séparer du crâne qu'en déchirant sa partie adhérente. A la surface antérieure du cervelet était un vaste abcès renfermant un pus analogue au pus scrofuleux, intéressant les deux hémisphères, et enveloppant les deux jambes du cerveau. La portion contiguë de la protubérance annulaire et la moelle alongée étaient ramollies.

Lorsque je vis ce malade pour la première fois, je n'hésitai point à penser que le cerveau était profondément altéré; mais l'inefficacité complète des moyens thérapeutiques employés, la rémission entière des douleurs pendant plusieurs semaines sans traitement, l'inconstance de la douleur sous le rapport de son siège, car le malade la rapportait souvent à certaines parties du visage ou de la tête, particulièrement à un point situé un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, à l'aile du nez du même côté, et quelquefois à la symphyse du menton, toutes ces circonstances, dis-je, me firent croire que la maladie pourrait bien être une névralgie, et que l'abcès de l'oreille n'était peut-être pas lié à une altération profonde. En effet, la douleur disparut sous l'influence de la quinine à hautes doses; mais elle revint, et ce médicament échoua. Je prescrivis alors la solution de Fowler, pendant l'administration de laquelle il y eut une rémission complète; mais ce moyen échoua également contre une nouvelle récidive.

Obs. III[e] *Inflammation et suppuration de l'oreille interne se propageant à la dure-mère;* par William Brown. — James Johnston, âgé de 14 ans, garçon robuste, mais sujet à des écoulemens purulens de l'oreille, éprouva de la douleur dans l'oreille droite et vomit une ou deux fois le

12 janvier 1834. Il continua d'aller à l'école jusqu'au 15; mais la douleur persista, et sa figure prit l'expression de la distraction et de la stupidité. Je ne le vis que le 17. Il était couché, accusant une vive douleur dans l'oreille; les tégumens à l'entour étaient sensibles à la pression, mais très-peu tuméfiés. Langue chargée; pouls petit et dur; surdité presque complète de l'oreille malade, ce qui lui donnait un air de stupidité; décubitus sur le côté opposé; Aucun écoulement de l'oreille comme dans les accès précédens. (Sangsues autour de l'oreille, suivies d'un large cataplasme). Le 18, douleur très-vive; assoupissement; pouls environ à 70, petit. (Raser la tête et la recouvrir par un cataplasme). Dans la soirée, léger amendement. Le 19, amélioration; diminution de la douleur et de la sensibilité à la pression; tumeur peu volumineuse derrière l'oreille. Le soir, la respiration étant devenue laborieuse, un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine. Dans la nuit, le malade fut un peu plus calme; mais la dyspnée se renouvela une ou deux fois. Le 20, intelligence nette; douleur modérée; respiration assez facile; tumeur considérable derrière l'oreille, qui fut ouverte et laissa couler une grande quantité de matière très-fétide. L'apophyse mastoïde était dénudée dans une grande étendue. Le soir, coma intense, respiration lente et très-laborieuse; pouls à 180; pupille droite contractée, la gauche dilatée. Mort.

Autopsie, 39 heures après la mort. — Sécheresse de l'arachnoïde. Les sections de la substance cérébrale offraient un grand nombre de points rouges; à cela près, cette substance était saine. Les ventricules latéraux contenaient deux ou trois onces de sérosité. Le cerveau étant enlevé, la tente du cervelet parut épaissie à droite; en l'incissant, on vit que sa surface inférieure était couverte de pus. La surface osseuse immédiatement en rapport avec la membrane malade était noirâtre, mais non cariée.

Autour de l'oreille externe, les os étaient dénudés, mais ils n'offraient pas d'autre altération.

Cette observation est incomplète sous plus d'un rapport. La maladie a-t-elle suivi une violence extérieure ou l'exposition au froid? Il paraît probable que la dure-mère fut affectée primitivement et que le pus qui se rassembla sous le péricrâne était le produit d'une inflammation interne.

Obs. IVe *Méningite; ramollissement gélatiniforme et perforation de l'estomac;* par A. Hood.— James Macmillan, âgé de sept mois, offrit, pendant cinq ou six semaines, les symptômes d'un léger catarrhe. Le 25 septembre, il semble plus sensible au froid qu'à l'ordinaire; on remarque un cercle livide autour de son œil droit. Le 26, le bras gauche est pendant le long du tronc; cependant l'enfant peut encore le porter à sa tête; mais il crie vivement quand on touche ce membre. Fièvre, agitation pendant la nuit. Le 27, sommeil interrompu en sursaut par des cris. Le 29, le bras gauche, près de l'épaule, est tuméfié et douloureux. Le petit malade tette bien, quoiqu'évidemment malade et oppressé. (Frictions alcoholiques sur le bras; entretenir la chaleur avec des flanelles chaudes. Selles normales, un peu molles; urines naturelles). Le 31, paralysie du bras, la main et les doigts exceptés. 1er janvier, un grain et demi de calomel détermina plusieurs selles; urines abondantes. Le 2, oppression très-marquée. La fontanelle antérieure est saillante; les tégumens sont tendus et élastiques; les sutures sont très-écartées; les yeux paraissent dans leur état naturel; mais la paupière de l'œil droit est plus contractée que celle de l'œil gauche. (Raser la tête, et y placer un vésicatoire). Le 3, agitation; gémissemens; quelques contractions convulsives dans les yeux; quelques mouvemens de la main gauche qui est tournée en dedans par suite de la paralysie des muscles. L'œil droit est beaucoup plus enfoncé dans son orbite que le gauche et semble

aussi plus petit. Mort à huit heures du matin; l'oppression avait beaucoup augmenté. L'état du pouls ne put être apprécié.

Autopsie.—Les os du crâne n'étaient qu'imparfaitement unis par les sutures; la fontanelle antérieure était large, les tégumens étaient flasques. Les os ne purent être enlevés ensemble; une quantité considérable de sérosité s'écoula de la surface des deux hémisphères. Entre l'arachnoïde et la pie-mère il y avait une couche de lymphe d'apparence purulente, et qui présentait dans plusieurs points plus d'un huitième de pouce d'épaisseur. Les veines contenaient une plus grande quantité de cette lymphe puriforme que de sang. Le cerveau était mou et très-injecté; les ventricules contenaient de la sérosité en quantité qui ne put être déterminée. La couche de lymphe s'étendait le long de la base du cerveau, et entourait le commencement de la moelle épinière. La mollesse du cerveau ne permit pas des recherches ultérieures. Les intestins étaient blancs et distendus. Le foie, la rate et les reins étaient sains, mais les glandes mésentériques étaient légèrement gonflées. La grande courbure de l'estomac offrait une ouverture qui avait en apparence plus d'un pouce de diamètre. En soulevant l'estomac il s'écoula, par cette ouverture, trois ou quatre onces d'un liquide couleur café foncé. Les bords de cette ouverture offraient une teinte obscure; les parois de l'estomac étaient minces et ramollies dans une étendue considérable; la tunique muqueuse était tellement molle, qu'on pouvait la gratter avec le doigt comme du mucus; le pylore était très-contracté et un peu épaissi. Les poumons étaient sains; les glandes bronchiques étaient tuméfiées; le thymus me parut avoir son volume normal, et pouvoir peser deux drachmes. Aucun liquide ne put être exprimé des incisions pratiquées dans sa substance. Le trou ovale était béant, et presque aussi large que l'aorte descendante.

Obs. V.e — *Symptômes d'apoplexie; hémorrhagie de*

la pie-mère et du plexus choroïde; par le docteur John Scott. — Vers cinq heures du soir, le 24 décembre 1834, je fus appelé auprès de M. Brown, âgé de 19 ans, visage pâle, cheveux noirs, tempérament nerveux. Une demi-heure auparavant, il avait éprouvé d'une manière subite une sensation d'affaiblissement et de défaillance, suivie d'insensibilité qui ne dura qu'un moment, et après laquelle il vomit une petite quantité d'un liquide aqueux. Il s'était fatigué la veille, et avait diné en ville. Lorsque je le vis : défaillance; vomissemens ; douleur vive à la partie antérieure de la tête; peau froide et pâle; pouls très-petit, fréquent et faible. (Applications chaudes; un vomitif). Deux heures après, le vomitif produisit beaucoup d'effet, la circulation se rétablit, le malade se trouvait mieux, mais il y avait encore un peu de douleur à la tête ; la langue était chargée. (Laxatif). Le lendemain matin, la céphalalgie persistait, mais à un faible degré; elle n'était ressentie que lorsque le malade se remuait ou se mettait sur son séant. Visage naturel ; langue chargée ; selles rares et bilieuses. (Purgatifs ; sangsues à la tête). Cette affection fut considérée et traitée comme une *grippe;* au bout de huit jours le malade était parfaitement bien. La seule chose qui me frappa fut la persistance de la céphalalgie qui se reproduisait lorsque le malade faisait des mouvemens et lorsqu'il s'asseyait, après que les intestins eussent été largement évacués. Mais ce dernier symptôme lui-même disparut le cinquième jour. Pouls à 64, plein et régulier. La santé se soutint jusqu'à la fin de février. A cette époque, nouvelle attaque semblable à la première. Insensibilité pendant un instant, suivie, une demi-heure après, de nausées et de vomissemens. (Laxatifs). En peu de jours, rétablissement. Huit jours plus tard, nouvelle attaque entièrement semblable. Pâleur; point de convulsions; pouls petit et très-faible. A l'œil et à la main, les pulsations du cœur semblaient occuper une plus grande surface qu'à l'ordinaire ; ses batte-

mens donnaient une sensation d'ondulation. Le pouls était d'une irrégularité extrême; il variait de minute en minute pour la force, la fréquence, et pour la manière plus ou moins distincte avec laquelle on le percevait. Céphalalgie; vertiges; tendance à la syncope quand le malade se levait. On ouvrit la veine du bras, mais le sang coula en bavant, et on en obtint avec peine douze onces. Après cette saignée, syncope qui ne fut dissipée qu'au bout d'un certain temps. Deux jours après, physionomie naturelle; pouls à 98, petit, un peu irrégulier; céphalalgie pendant les mouvemens; absence de toute douleur dans le repos; bruits du cœur normaux; mais l'impulsion de cet organe était diffuse; on ne percevait pas le coup régulier de sa pointe. (Sangsues à la tête). En deux jours guérison, sauf l'irrégularité du pouls qui se reproduisait parfois. Quelque temps après, le malade ne se plaignait que d'un peu de faiblesse. Le cœur examiné avec soin n'offrit aucun symptôme de maladie. Le régime du malade fut réglé sévèrement, et on lui recommanda d'éviter toute fatigue. Le 30 mai, après une petite promenade, malaise. Vers sept heures du soir, attaque épileptiforme; contractions convulsives violentes des muscles du visage, du cou et de la partie supérieure du tronc; grande rigidité des bras; pouls petit et trop fréquent pour être compté. Cet état dura une demi-heure. Le malade, revenu à lui, se plaignit d'une douleur violente en un point fixe de la tempe droite. Nausées, vomissemens abondans. (Sangsues). Vers dix heures, violentes convulsions, insensibilité complète, rigidité des bras, pouls plein et bondissant, veines distendues. La veine du bras fut ouverte; le sang en sortit avec force, j'en tirai une bonne quantité. Cessation des convulsions. Une heure après, le pouls étant fort, nouvelle saignée de huit onces; le sang était d'un beau rouge écarlate. Pupille de l'œil droit dilatée, de forme ovalaire; la gauche, contractée, est réduite à un point. Cette dernière se dilata quelques minutes avant

la mort. Le pouls continua à être plein et fort, mais la respiration s'embarrassa et devint de plus en plus lente. Lorsqu'elle était à 10, le pouls était à 98. Dix minutes plus tard, elle était à 8, et le pouls à 90. Quelques minutes après, la respiration cessa, mais l'on put sentir le pouls distinctement près d'une minute plus long-temps; il s'arrêta brusquement.

Autopsie. — Il s'écoula peu de sang pendant qu'on enlevait les tégumens du crâne. En dedans de la calotte crânienne, en un point correspondant à la partie supérieure du front, existait une tumeur osseuse faisant une saillie d'un quart de pouce : une dépression correspondante fut observée sur les membranes et dans la substance de l'hémisphère gauche. Les veines qui aboutissent dans le sinus longitudinal contenaient beaucoup de sang; on remarqua un léger épanchement de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. En écartant les hémisphères l'un de l'autre, on observa une rougeur remarquable répandue sur la surface par laquelle ils sont contigus, et due probablement au contact d'une petite quantité de sang provenant des parties sous-jacentes. La partie supérieure du corps calleux était recouverte par une couche mince de sang coagulé qui s'étendait, en arrière et en bas, vers la base du cerveau; toute la partie centrale de ce viscère, ainsi que le pont de varole; la surface inférieure des lobes du cervelet et la moelle alongée jusqu'à l'origine de la huitième paire, étaient tapissés par une couche semblable. Les ventricules latéraux étaient distendus par du sang caillé, mêlé avec une quantité considérable d'un liquide rouge, clair, qui pouvait être du sérum. La quantité du sang épanché dans les ventricules pouvait s'élever à trois onces; les caillots étaient plus volumineux dans le ventricule droit, mais le liquide était plus abondant dans le gauche. Le *septum lucidum* était rompu. Le troisième ventricule était rempli de sang; un caillot semblable à un cordon pour la forme, s'étendait delà dans le qua-

trième ventricule. Une quantité considérable de sang était réunie entre les lobes antérieurs des hémisphères cérébraux, séparant une ou deux circonvolutions de chaque côté l'une de l'autre à la profondeur d'un pouce ou davantage. La substance du cerveau était complètement ramollie dans une étendue de plus d'un demi-pouce cube, immédiatement au-devant des corps striés ou des piliers antérieurs de la voûte, et au-dessus de la naissance des deux nerfs olfactifs. Aucune altération appréciable des vaisseaux de l'encéphale. Le cœur parut sain. Quelques anciennes adhérences du poumon gauche.

Obs. VI.e—*Hémorrhagie dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien ;* par W. Brown. — Hugh Anderson, âgé de 9 ans, s'éveilla dans la nuit du 18 mai 1829, et se plaignit de la tête. Il eut alors une espèce de convulsion légère, et vomit abondamment. Le lendemain, persistance de la céphalalgie, vomissemens fréquens, constipation. (Applications réfrigérantes sur la tête; sangsues; purgatif). Le 25, état presque parfait; mais dans l'après-midi, convulsion. Le soir, céphalalgie frontale; pouls à 64. Il y eut un peu d'amélioration sous l'influence des réfrigérans, des purgatifs et d'un vésicatoire; mais le pouls resta lent; il y eut de la tendance à l'assoupissement et une constipation opiniâtre. Le 28 au matin, légère convulsion suivie d'une seconde très-violente, qui dura sans rémission pendant plusieurs heures. Pendant cette attaque, le bras et la jambe gauches étaient dans une agitation continuelle; le côté droit n'éprouvait des mouvemens semblables que de loin en loin; le visage offrait une expression de satisfaction; le petit malade était continuellement mâchant, ou suçant, ou léchant ses lèvres. Après la cessation des mouvemens violens, les doigts restèrent contractés pendant quelque temps. Dans la soirée, le malade revint presque complètement à lui : pouls à 130. Le 3 juin, coma profond, diarrhée. Mort après plusieurs heures de convulsions.

Autopsie.—La dure-mère et la pie-mère parurent saines. Les deux ventricules latéraux renfermaient un caillot sanguin et étaient distendus par de la sérosité rougeâtre. Du sang caillé était contenu dans toutes les autres cavités, répandu en quantité considérable à la base du crâne, et distendait la gaîne de la moelle jusqu'auprès de son extrémité inférieure. Le tissu du cerveau et celui de la moelle parurent sains.

Obs. VII.e—*Hydrocéphale ;* par le docteur Charles Ransford. — On m'envoya chercher le 4 octobre 1833, pour voir Margaret May, âgée de dix-huit mois, que je trouvai dans le coma, couchée sur le dos. Le visage paraissait bouffi, d'une pâleur extrême; quelques contractions convulsives vers les angles de la bouche ; déglutition difficile ; paralysie complète du bras et de la jambe droite ; pupilles très-dilatées, mais se contractant à l'approche d'une bougie allumée ; point de strabisme ; respiration précipitée et laborieuse ; pouls à 125 ; peau chaude et sèche ; point de vomissemens ; constipation depuis deux jours ; abdomen non tuméfié, souple ; jambes et pieds œdématiés ; urines rares. La petite fille était malade depuis une quinzaine. Sa maladie avait débuté par de la céphalalgie et un malaise général, se manifestant par une irritabilité extrême ; elle perdit l'usage de ses sens le 3 octobre. Elle avait habituellement l'air triste, mais jamais elle n'avait souffert des vers ni d'aucune maladie, sauf quelquefois de la constipation. J'appris qu'en septembre elle était tombée de la hauteur d'une chaise ; la partie postérieure de sa tête avait porté avec force ; toutefois elle ne s'était plaint que pendant un jour de cet accident qui n'avait laissé aucune trace. (Applications froides sur la tête ; vésicatoire à la nuque ; deux sangsues aux tempes ; digitale en poudre, gr. j ; ipécacuanha, gr. j ; calomel, gr. viij, divisés en huit doses, une dose toutes les six heures. Un lavement avec une drachme d'huile de térébenthine et d'huile de ricin ; un bain chaud

dans la soirée). On incisa avec la lancette une gencive qui était très-gonflée; les sangsues coulèrent beaucoup. (Panser le vésicatoire avec la pommade mercurielle; frictions avec la même pommade aux cuisses toutes les six heures). Constipation; augmentation de la sécrétion urinaire. Le 7, la surface du vésicatoire était très-enflammée; les intestins avaient été évacués abondamment; la déglutition était plus facile. Le 9, amélioration marquée, coma moins intense. Le calomel fut abandonné à cause de la diarrhée qui s'établit. Quelques heures après, rechute, cris et convulsions. Mort le 11.

Autopsie 36 heures après la mort. — Corps émacié; la dure-mère adhérait fortement à la voûte du crâne; cerveau volumineux et mou; sa substance et ses membranes offraient une injection anormale; ventricules très-distendus contenant chacun environ deux onces de sérosité claire et sans flocons. Au centre du lobe antérieur droit du cerveau, une petite portion de la substance cérébrale avait la consistance de la crême et était parfaitement blanche. Il y avait deux onces de sérosité à la base du cerveau; en ce point l'arachnoïde était considérablement épaissie, blanche et opaque; une couche gélatiniforme s'étendait sur le pont de varole et sur l'origine des nerfs. Les viscères abdominaux étaient sains. L'extrémité inférieure de l'iléon, dans l'étendue de trois pouces, était remplie par une matière verte foncée, semblable à la matière contenue dans la vésicule.

Obs. VIII[e] — *Symptômes anomaux; affection remarquable des artères du cerveau*; par le docteur James C. Gregory. — Udny Marshall, âgé de 49 ans, homme robuste et actif, avait servi dans les armées pendant plusieurs années et avait eu la fièvre jaune et la dysenterie dans les Indes occidentales. Depuis ce temps, il s'était bien porté, à cela près de quelques symptômes dyspeptiques et de douleurs de tête, mais jamais assez graves pour l'empêcher de remplir ses fonctions de portier de l'Infirmerie Royale.

Au commencement de mai 1831, il me consulta pour une douleur obtuse qu'il rapportait vaguement à l'épigastre et à la partie inférieure du sternum, et qui était un peu accrue par une inspiration profonde. Point de toux; aucun signe de maladie des poumons ou du cœur ne put être fourni par le stéthoscope. La pointe du cœur battait entre la cinquième et la sixième côtes, etc. Du reste, langue blanche; constipation; anorexie; pouls sans dureté, un peu fréquent, et quelquefois légèrement irrégulier. Tous ces symptômes disparurent promptement; mais le 27 juin, accès fébrile; céphalalgie; malaise général; agitation; langue chargée; peau chaude; pouls fréquent. Le 28, à 9 heures du matin, étant dans son lit, tout à coup suffocation imminente; constriction à la partie inférieure du cou; douleur rapportée à la partie supérieure du sternum; visage anxieux, pâle et couvert d'une sueur visqueuse; respiration lente; pouls fréquent, petit, faible et irrégulier. Bientôt étant à rendre une selle, il éprouva pour la première fois de l'engourdissement dans la main droite; puis vertiges; faiblesse générale; difficulté de la parole qui dégénéra en aphonie complète avant qu'on ait eu le temps de le porter dans son lit. Il ne perdit pas connaissance, fit de fréquens efforts pour parler et pour se faire comprendre par signes. On pratiqua une saignée de 20 onces; avant que le bras fut lié, il pouvait articuler quelques mots. Tandis que le sang coulait, le pouls devint moins fréquent et plus fort, mais il resta irrégulier. Les battemens du cœur qui pouvaient à peine être perçus par l'oreille appliquée sur le thorax, devinrent plus distincts, mais sans impulsion ou bruit anormal. Le malade se trouva mieux, respira plus librement; mais il paraissait assoupi, confus dans ses idées, et se plaignait de la céphalalgie. On plaça au front 20 sangsues qui saignèrent beaucoup. A midi, stupeur approchant du coma; agitation; de temps en temps, paroles inintelligibles; pupilles un peu contractées, mais sensibles à la lu-

mière ; peau fraîche ; pouls petit, sans dureté et de temps en temps irrégulier ; rien de particulier du côté des organes thoraciques ; abdomen un peu distendu ; sensibilité considérable à l'épigastre ; le malade put à peine être tiré de sa stupeur pour tirer la langue et répondre à quelques questions ; idées confuses ; parole difficile. La sensibilité de l'épigastre disparut après l'application de quelques sangsues ; et, sous l'influence des purgatifs et de divers autres médicamens, les symptômes cérébranx diminuèrent considérablement. Cependant on remarquait encore quelque chose de particulier dans la respiration, qui, suivant les propres paroles du malade, ne se faisait pas comme à l'ordinaire. Pouls plus régulier, mais plus fréquent, mou et petit au poignet droit, mais plus fort au poignet gauche. De ce moment, les symptômes furent ceux d'une fièvre continue, quelques-uns même d'une fièvre typhoïde. La langue, d'abord blanche et chargée, devint sèche ; la soif s'alluma ; la peau fut chaude ; le visage un peu coloré ; céphalalgie modérée ; agitation ; délire tranquille, principalement vers le soir ; visage languissant et abattu ; pupilles un peu contractées. A raison de l'état du pouls et des autres symptômes, on accorda un peu de vin ; le pouls reprit de la force et devint moins fréquent. Mais le 4 juillet, retour de l'assoupissement et de la stupeur ; malgré l'application d'un vésicatoire à la tête et l'emploi des purgatifs actifs, le malade tomba dans un coma profond, avec pouls lent et respiration stertoreuse, et il mourut le 6 juillet.

Autopsie 24 heures après la mort. — Rien de particulier dans le thorax et dans l'abdomen. Cerveau très-ferme ; aucun signe de congestion sanguine à sa surface ou dans sa substance ; deux gros de sérosité dans les ventricules ; en enlevant le cerveau, on observa que toutes les artères de sa base, les vertébrales, la basilaire et les carotides internes étaient profondément altérées. La lésion de texture, qui semblait intéresser principalement leur tunique interne, était

plus marquée dans les gros troncs, mais elle se continuait dans les petites ramifications dans toutes les parties du cerveau. Ces branches semblaient partout dilatées et épaissies. En faisant des sections dans les corps striés, on voyait de nombreux orifices qui pouvaient admettre la tête d'une épingle ordinaire. En saisissant avec les pinces ces orifices, on pouvait attirer, hors de la substance cérébrale, les bouts de vaisseaux correspondans, où l'on reconnaît l'altération indiquée. Cette altération consistait dans la déposition d'une substance solide et opaque, en général cartilagineuse, mais dans quelques points osseuse, distribuée irrégulièrement sur la surface de la tunique interne des artères, adhérant intimement aux parois artérielles dont elle avait détruit l'élasticité et la transparence. Dans plusieurs endroits, même dans les plus gros troncs, là où cette substance était le plus abondante, le vaisseau était entièrement oblitéré par la fibrine du sang concrétée. Dans les endroits où la tunique interne n'offrait pas cette altération, elle était épaissie et rouge-foncée. L'altération était le plus marquée dans le tronc basilaire et ses branches, dans l'endroit où il est en contact avec la protubérance annulaire et la moelle alongée et dans le cercle artériel de Willis. On suivit la maladie le long des carotides internes, le long des carotides primitives jusqu'à leur bifurcation. Immédiatement au-dessous de ce point, on observa dans la gauche, une *couronne* manifeste constituée par une altération semblable et quelques ulcérations; dans la droite, la même couronne, mais moins marquée. Les cavités du cœur, de l'aorte et de ses branches, et de l'artère pulmonaire offraient à leur surface intérieure une couleur rouge-foncée, due en apparence à l'imbibition cadavérique du sang qui était liquide partout. Il est bon de noter que l'autopsie fut faite 24 heures après la mort par un temps très-chaud et lorsque la décomposition était très-avancée.

Obs. IXe *Anévrysme et rupture de l'artère méningée*

moyenne; par le docteur John Gairdner. —Le vendredi, 2 décembre 1814, je fus appelé auprès d'un marchand, âgé de 48 ans. Trois semaines auparavant, comme il aidait un voisin à porter un lourd fardeau au haut d'un des escaliers élevés de la vieille ville d'Edimbourg, il sentit tout-à-coup une douleur dans la tête, et depuis ce moment il eut de la céphalalgie, et, de temps en temps, des vertiges, augmentés lorsqu'il se penchait en avant. Quelque temps après, un peu de trouble dans la vision. Lors de ma visite, céphalalgie violente; pouls à 46, faible; pupilles se contractant et se dilatant assez bien. Mais deux jours après, les pupilles étaient contractées d'une manière permanente et n'étaient point influencées par la lumière. Le 8, assoupissement dont on pouvait tirer le malade; réponses assez distinctes; souffrances moindres; affaiblissement du système musculaire; il ne pouvait se mettre ni se tenir sur son séant. Il tomba ensuite peu-à-peu dans un coma complet avec insensibilité absolue pour la lumière et le son et toutes les autres impressions. Evacuations involontaires; mort le 13. La respiration ne fut jamais stertoreuse.

Autopsie.—On trouva à gauche, un sac anévrysmal situé sur le trajet de l'artère méningée, occupant un espace correspondant à la partie inférieure du pariétal et à la partie supérieure du temporal, formé par la séparation des feuillets de la dure-mère et contenant environ quatre onces de sang coagulé. Les portions de la dure-mère qui formaient les parois de ce sac étaient épaissies et injectées. La surface du cerveau opposée au sac était applatie, ou plutôt deprimée; les ventricules contenaient une quantité considérable de sérosité. Il est évident que l'artère qui avait versé ce sang s'était rompue un mois avant la mort, au moment où, soulevant un fardeau, le malade avait éprouvé une douleur soudaine dans la tête.

On peut reprocher, à juste titre, à l'auteur de cette observation, de n'avoir pas décrit l'état de l'artère malade.

Obs. Xe *Commencement de cicatrisation d'un ancien foyer apoplectique ;* par le docteur Abercrombie. — Un homme, âgé de 64 ans, eut une attaque d'apoplexie en 1824. Il se rétablit sous l'influence du traitement ordinaire, mais il conserva un peu de gêne dans la parole et un peu de faiblesse du côté gauche. Quelques mois après, nouvelle attaque. En juillet 1825, troisième attaque, accompagnée de convulsions. Cette fois, il resta insensible pendant trente-six heures, et garda la chambre pendant quinze jours. Depuis cette époque, jusqu'à sa mort en 1830, il eut en tout douze attaques : chacune le laissa de plus en plus gêné pour la parole, et paralysé à gauche. La bouche était déviée à droite. Il mourut à la douzième attaque, après une maladie de huit ou dix jours, pendant lesquels il resta dans un coma profond avec aphonie et paralysie complète du côté gauche.

Autopsie. — En enlevant la dure-mère, on observa, à la surface de l'hémisphère droit, une excavation remarquable, profonde, bien délimitée, assez vaste pour contenir deux à trois onces de liquide. Elle était remplie par de la sérosité qui s'écoula lorsqu'on incisa la dure-mère. La surface de cette cavité ne présentait rien qui la rendît différente du reste de la surface du cerveau; elle était recouverte par la pie-mère et l'arachnoïde; la dure-mère, étendue sur son orifice, retenait le liquide qui la remplissait. En incisant la substance cérébrale qui entourait cette cavité, on la trouva plus dense qu'à l'ordinaire, et l'on trouva, immédiatement au-dessous du fond de cette excavation, une cavité intérieure, située dans l'épaisseur de l'hémisphère, et offrant l'aspect ordinaire d'un kyste apoplectique revenu sur lui-même, et qui a été le siége d'un épanchement. Cette cavité avait un pouce et demi de long, elle était tapissée par une membrane jaunâtre; une partie de son étendue était oblitérée par l'adhérence de ses surfaces opposées, entre lesquelles la membrane indiquée se prolongeait. Plusieurs autres kystes très-petits existaient dans di-

verses parties de l'hémisphère droit, mais ils étaient tous vides. On ne trouva rien qui pût rendre compte de l'attaque mortelle.

Obs. XI° *Tumeur de l'hémisphère gauche produisant l'épilepsie et la paralysie;* par le docteur John Gairdner. —Un marchand, très-laborieux, de conduite extrêmement régulière, doué de plus d'intelligence qu'on n'en trouve ordinairement chez les gens de sa condition, eut, pour la première fois, une attaque d'épilepsie, le 16 mars 1826. Il fut pris en même temps de paralysie incomplète du pied droit, et moins prononcée encore de la main droite. Avant cette époque, sa santé avait été assez bonne, à cela près d'une tumeur scrofuleuse située au-dessus de la clavicule gauche qui avait suppuré long-temps et se guérit enfin. Après cette attaque d'épilepsie, saignée, purgatifs, régime sévère. Les attaques se renouvelèrent ensuite à divers intervalles. Dans l'été, ces attaques s'aggravèrent, elles s'accompagnèrent de céphalalgie, d'aphonie, d'augmentation de la paralysie du bras, qui était presque continuellement agité de convulsions. Les doigts devinrent contractés spasmodiquement, et restèrent fléchis fortement, pendant toute la vie de cet homme, dans la paume de la main, d'où on les relevait avec peine de loin en loin pour couper les ongles. L'aphonie se dissipa seulement en partie et varia beaucoup pendant tout le temps de sa maladie. Quelquefois le malade commençait une phrase et s'arrêtait subitement, comme si la mémoire l'abandonnait tout-à-coup, ou comme s'il ne pouvait articuler le mot qu'il voulait prononcer. Intelligence peu altérée; mémoire diminuée; bien qu'il eût été grand amateur de livres, il n'y portait plus d'intérêt, ne pouvant plus faire l'effort intellectuel nécessaire. La céphalalgie persista pendant les vingt derniers mois de sa vie; elle devenait parfois très-cruelle, surtout quand la température était très-élevée; elle occupait la région pariétale gauche. Par les progrès de la maladie, la

mémoire fut perdue au point que le malade ne reconnaissait plus personne. Il mourut le 30 mars 1828, après plus de deux ans de maladie.

Autopsie.—Dans le côté gauche de la tête, la dure-mère adhérait à l'arachnoïde et à la pie-mère, dans toute l'étendue qui est recouverte par le pariétal, une partie du frontal près de la suture frontale, la plus grande partie du temporal et la grande aile du sphénoïde. Au-dessous de ces membranes et au-devant du trajet de l'artère méningée moyenne, il y avait une tumeur, paraissant constituée par plusieurs tumeurs réunies en une seule masse, qui s'étendait depuis un point mitoyen entre les angles antéro-supérieur et antéro-inférieur du pariétal jusqu'à un point correspondant à la selle turcique située au-dessous, intéressant toute la surface du lobe moyen gauche du cerveau. Cette tumeur ne pénétrait pas plus profondément que les circonvolutions. Dégagée des membranes qui l'enveloppaient, elle avait une couleur jaune, comme celle du pus; elle était ferme supérieurement, mais beaucoup plus molle à mesure qu'on l'observait plus inférieurement; elle était à demi-liquide dans la substance du lobe moyen. Les ventricules étaient distendus par de la sérosité; le même liquide existait abondamment entre les membranes du cerveau dans toutes les régions. A cela près, le cerveau et le cervelet étaient sains.

OBS. XII.e — *Hyperthrophie du cerveau; oblitération spontanée de l'artère humérale; ramollissement rouge circonscrit du corps strié gauche;* par le docteur Christison. — Une femme nommée Johnson, de conduite irrégulière, âgée de 37 ans, fut apportée à l'hôpital pour ce qu'on appelait une paralysie. Ses amis dirent, pour tous renseignemens, qu'elle avait été prise subitement de faiblesse des membres quatorze jours auparavant, et que huit jours après elle avait éprouvé une violente douleur de tête, et avait perdu la mémoire. Au moment de son entrée : sensibilité générale altérée; cependant la malade se

plaignait en quelque partie du corps qu'on la pinçât. Mouvemens des deux jambes et du bras gauche assez libres ; le bras droit était dans un état de résolution complète quand il était mu par une main étrangère, et cependant la malade le remuait très-faiblement quand on le lui commandait, sans pouvoir le diriger vers un objet indiqué. Les muscles de la face paraissaient aussi paralysés incomplètement. Quand elle parlait, le côté gauche de la bouche seul était mu, et lorsqu'on pinçait la malade sur le tronc ou les membres, la commissure gauche seule se rétractait. Cependant quand on pinçait la joue droite, les deux commissures se rétractaient. Paupières des deux côtés intactes ; la langue était tirée droite quand on disait à la malade de la montrer. Pouls au-dessus de 100, plein et un peu dur. Respiration lente et peu énergique, stupeur, tendance au sommeil ; la malade souvent ne comprenait pas les questions les plus simples ; ses réponses étaient rompues, ses phrases mal liées, bien qu'elle parût quelquefois savoir ce qu'on lui disait et ce qu'elle devait dire. Pupilles dilatées, mais contractiles. Au bras droit les battemens de l'artère cessaient brusquement à deux pouces au-dessous du niveau du bord externe du grand pectoral, et ne pouvaient plus être perçus au-dessous de ce point. Ce bras était en outre très-froid, tandis que le reste du corps avait une température normale. Une saignée fut prescrite immédiatement, mais la malade eut une syncope lorsqu'à peine quatre onces de sang s'étaient écoulées. La saignée fut faite au bras gauche. (Purgatif drastique ; lavement purgatif). Le lendemain matin, paralysie complète du bras droit ; bras gauche, membres inférieurs et sensibilité générale comme la veille ; constipation ; pupilles moins dilatées ; pouls imperceptible aux deux poignets ; à la tempe il donnait 80 pulsations, et était très-faible. La malade tirait encore la langue. En appliquant le stéthoscope sur la région précordiale, on ne perçut ni l'impulsion, ni le bruit ordi-

naire du cœur, mais seulement un bruit de soufflet très-distinct et prolongé. Assoupissement, coma profond. Mort dans la soirée.

Autopsie, 42 heures après la mort. — Le cœur et le système artériel parurent extrêmement petits pour la taille de cette femme. L'une des divisions de la valvule mitrale était presque séparée des parois du cœur par une fissure ; les deux bords de cette fissure étaient recouverts par des excroissances en forme de choux-fleurs. La tunique interne de l'aorte çà et là était opaque, et avait perdu son élasticité. Au bras droit, dans l'endroit où l'on avait cessé de percevoir les battemens de l'artère humérale, existait une tuméfaction considérable de cette artère; et à deux pouces environ au-dessous du bord supérieur de cette tuméfaction, l'artère perdait brusquement plus de la moitié de son volume. En ouvrant ce vaisseau au niveau de la tumeur, on trouva qu'immédiatement au-dessous de l'origine de la collatérale profonde, toute la circonférence de sa tunique interne était détachée dans l'étendue d'un demi-pouce le long du vaisseau, et pendait dans sa cavité en formant un cône. Cette espèce de cône dirigé en bas était rempli de fibrine blanche, solide, à la partie supérieure de laquelle était adhérent un caillot sanguin long d'un pouce, adhérent également à la partie de la tunique interne qui était en place. Au-dessous du cône le vaisseau contenait un autre caillot non adhérent, et entre le cône et la tunique fibreuse dénudée était déposée une matière purulente. Toute la surface du cerveau était d'une sécheresse remarquable, tant à la partie supérieure qu'à la base du viscère. Absence complète de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, et dans l'arachnoïde elle-même. Les circonvolutions cérébrales étaient considérablement applaties ; les vaisseaux situés dans leurs intervalles, bien que contenant une certaine quantité de sang, étaient manifestement comprimés. Toute la substance du cerveau était un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, ex-

cepté à la partie postérieure des lobes postérieurs de chaque côté, où la substance corticale était plus molle que partout ailleurs. Cette substance avait pourtant sa couleur naturelle. Les surfaces de section de la substance cérébrale ne présentaient qu'un très-petit nombre de points sanguins. Le ventricule latéral droit contenait moins d'une cuillerée à café de sérosité, et le gauche quelques gouttes seulement. Dans l'angle postérieur du corps strié gauche, et dans une étendue de la largeur d'un six-pences, la substance cérébrale était rougeâtre et réduite à la consistance d'une bouillie épaisse. On trouva encore deux petits corps gros comme la moitié d'une graine de lupin, dans la substance corticale du lobe moyen gauche. Le cervelet était sain sous le rapport de la couleur et de la densité; ses circonvolutions n'étaient point applatiès.

Observations et réflexions sur l'hydrocèle du cou; par JAMES O'BEIRNE, *de Dublin* (1).

Il y a près de vingt ans que le professeur Maunoir, de Genève, décrivit une maladie à laquelle il donna le nom d'*hydrocèle du cou*, et qui a toujours été confondue avec le goître, auquel elle ressemble beaucoup, bien qu'elle en diffère essentiellement et pour la nature et pour le traitement. Le mémoire manuscrit du médecin de Genève fut lu à l'Institut de France, en 1815; Percy, qui avait été chargé d'en rendre compte, ne donna lecture qu'en avril 1817 de son rapport qui était tout défavorable aux idées et à la pratique du professeur Maunoir. En 1825, ce dernier publia, pour la première fois, son mémoire, accompagné du rapport de Percy et d'une réfutation de ce rapport (2).

---

(1) *Dublin Journal*, N.° 16. (Extr.)

(2) *Mémoires sur les amputations, l'hydrocèle du cou et l'organisation de l'iris;* par J. P. Maunoir aîné, professeur, D. C. Genève et Paris, 1825.

Toutefois il paraît que l'autorité d'un grand nom, soutenue de quelques objections spécieuses, eut plus de crédit que les faits et les argumens les plus rigoureux; car, après des recherches considérables, je n'ai pu retrouver aucune trace de ce mémoire dans les ouvrages anglais et français. Delpech (1) et Lawrence (2), qui ont rapporté à eux deux trois cas qui semblent être des exemples de cette maladie, non seulement ne le mentionnent point, mais démontrent, en adoptant la méthode de l'incision, qu'ils n'en soupçonnaient même pas l'existence. Ils auraient en effet donné la préférence à la méthode du séton, adoptée avec tant de succès par Maunoir, méthode qui est tout aussi certaine, moins dangereuse, et qui laisse des traces moins apparentes. Le hasard m'a mis à même d'observer trois cas remarquables d'hydrocèle du cou, qui réfutent tout-à-fait les objections de Percy.

Suivant le professeur Maunoir, cette maladie a été souvent observée sans qu'on se doutât de sa véritable nature. Elle consiste dans la formation de kystes séreux, en un point de la partie latérale du cou; ces kystes, d'abord très-petits, augmentent graduellement de volume pendant plusieurs années, finissent par occuper toute la partie antérieure et latérale du cou, et gênent d'une manière inquiétante la respiration, la déglutition et la parole. La tumeur offre une fluctuation manifeste; elle contient un liquide tantôt limpide, tantôt rougeâtre, tantôt de couleur café, et coagulable par la chaleur. Dans la grande majorité des cas, la maladie n'a aucune connexion avec la glande thyroïde; quelquefois cependant cette glande tuméfiée et endurcie forme une portion de la tumeur.

Le traitement recommandé par le professeur Maunoir consiste à faire une ponction dans la tumeur, à évacuer le

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier*, T. II, p. 79-87.
(2) *London Medico-chirurgical Transact.*, T. XVII, p. 44 et suiv.

liquide qu'elle contient, et à la traverser par un séton suivant son plus grand diamètre. Par ce procédé, une nouvelle accumulation de liquide est empêchée, l'adhérence des parois du kyste est assurée, et la glande thyroïde, dans les cas où elle était tuméfiée, revient progressivement à son volume normal.

J'ajouterai les faits suivans à ceux qui ont été publiés par M. Maunoir :

Obs. I.re — Stéphen Cassidy, âgé de 60 ans, d'une constitution épuisée en apparence, entra à l'hôpital de Richmond, dans mon service, le 25 juin 1831. Il portait une tumeur qui occupait toute la partie antérieure et latérale gauche du cou. Cette tumeur s'étendait obliquement en bas jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire gauche, au niveau de laquelle elle se terminait par une saillie arrondie. Delà, elle se dirigeait en haut le long de la clavicule gauche, jusqu'à deux pouces de l'acromion. Toute la tumeur faisait une saillie considérable, surtout dans le point où elle recouvrait le corps thyroïde; elle offrait une fluctuation évidente, mais ne présentait aucune apparence de pulsation. La peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle, mais elle était si mince qu'elle était presque diaphane. On voyait un grand nombre de petites veines qui se ramifiaient au-dessous de cette peau distendue. Cependant si l'on examinait la tumeur, en plaçant une bougie allumée derrière elle, on ne trouvait de transparence en aucun point. Le malade n'éprouvait de gêne ni dans la respiration ni dans la déglutition, ni aucun autre inconvénient, sauf celui qui résultait du volume considérable de la tumeur et la difformité qui en était la conséquence. D'après son récit, la maladie avait débuté douze ans auparavant, par une tumeur très-petite, mobile, située dans le milieu de l'espace triangulaire que l'on voit au-dessus du tiers externe de la clavicule gauche; elle avait acquis son énorme volume progressivement et sans causer de douleurs. Un chirurgien avait

recommandé au malade de ne jamais permettre qu'on ouvrît cette tumeur, parce que, disait-il, cette opération causerait une mort instantanée par hémorrhagie. Ce ne fut qu'après cinq jours que je parvins à détruire ses craintes. Je pratiquai d'abord une ponction exploratrice à la partie la plus déclive de la tumeur, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. Ayant fait faire un pli à la peau, j'y pratiquai une ouverture à l'aide d'une lancette; aussitôt le kyste, dont les parois étaient très minces et recouvertes d'un grand nombre de veinules et d'artérioles, se présenta dans cette ouverture. J'y enfonçai la pointe de la lancette, et il s'en écoula une grande quantité de sérosité rougeâtre. D'abord le jet offrit une coloration si prononcée, que l'on craignit que ce ne fût du sang pur. Mais un examen plus attentif fit reconnaître qu'il y avait un double jet, l'un séreux, et l'autre très-fin et provenant manifestement de quelques artérioles situées à la surface extérieure du kyste, et qui avaient été divisées par la lancette. On remarqua en outre que, presque aussitôt après que le liquide commença à couler, la tumeur commença à offrir des pulsations, mais d'une manière beaucoup plus prononcée au-dessus de la clavicule gauche que dans tout autre point. En quelques minutes toute la tumeur fut vidée, et tout battement anormal disparut. On put alors sentir facilement la glande thyroïde, qui était dans un état parfaitement normal. On plaça sur toute la partie latérale du cou plusieurs couches de charpie imbibée d'eau froide, qui furent maintenues par une bande humide appliquée de manière à exercer une pression modérée. La sérosité continua à couler par l'ouverture; les pièces du pansement en furent imbibées, colorées en rouge, et devinrent si serrées qu'il fallut les relâcher. Cet écoulement persista avec une grande abondance pendant trois jours, sans produire le plus léger affaiblissement. Le 4.e jour il s'arrêta; la plaie de la peau et celle du kyste étaient cicatrisées. Le lendemain, la tu-

meur avait repris son volume et son aspect ordinaires.

Le malade se refusa avec opiniâtreté à l'opération du séton.

Obs. II.ᵉ — Mary Kelly, âgée de 60 ans, d'habitudes modérées, et bien portante, entra le 17 mai 1833 à l'hôpital d'Anglesey, dans le service de M. Hayden, pour une tumeur volumineuse qu'elle portait au cou. Treize ans auparavant elle avait remarqué pour la première fois une tumeur ronde, dure et mobile, de la grosseur d'un pois, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, située dans l'angle inférieur et postérieur du cou, immédiatement au-dessus de la partie la plus convexe de la clavicule gauche. Au bout d'un mois cette tumeur avait acquis le volume d'une amande, et était devenue beaucoup plus dure. Depuis cette époque, elle se développa graduellement et d'une manière imperceptible, jusqu'à deux mois avant son entrée, où le développement de la tumeur devint très-rapide.

Au moment de l'entrée de la malade, la tumeur avait un volume considérable. Elle s'étendait depuis la clavicule, dont elle recouvrait la moitié antérieure, jusqu'au buccinateur et aux autres muscles de la face; en un mot, elle occupait la partie antérieure et presque toute la partie latérale gauche du cou. Elle ressemblait un peu à une pyramide, ayant sa base en haut et son sommet en bas. Elle offrait une sensation distincte de fluctuation, mais il semblait au toucher que le liquide fut renfermé dans un certain nombre de kystes isolés. Les tégumens n'offraient aucune altération de couleur, mais la veine jugulaire était très-distendue. On ne percevait aucune pulsation dans toute l'étendue de la tumeur. La respiration et la déglutition n'étaient pas sérieusement compromises. Les alimens solides passaient plus difficilement que les liquides; quelquefois ces derniers étaient arrêtés dans leur trajet, mais jamais d'une manière permanente.

L'opération fut pratiquée immédiatement de la manière suivante : la peau qui recouvrait le point le plus élevé de la tumeur, étant élevée et formant un pli transversal, ce pli fut divisé de manière à faire une plaie d'un pouce. Quelques fibres disséminées du peaucier furent divisées, et bientôt le kyste lui-même se présenta à nu à la vue. Une ponction y fut faite avec une lancette ; il s'écoula une grande quantité d'un liquide foncé, couleur café. Tandis que ce liquide s'écoulait, une sonde armée d'un ruban, constitué par plusieurs fils de soie, fut introduit par la plaie et dirigée de manière à ce que son extrémité vint faire saillie à la partie la plus déclive de la tumeur. Une incision fut faite en ce point ; on retira la sonde et le ruban fut laissé en place. Lorsque la tumeur fut entièrement vide, la glande thyroïde fut examinée avec soin ; elle n'offrit ni tuméfaction ni induration, ni aucune autre condition morbide. En explorant le sac à sa partie supérieure, et en le séparant des parties sous-jacentes, ce qui était facile à faire, on voyait et l'on sentait un autre kyste beaucoup plus petit, situé très-profondément et si exactement sur la carotide qu'on pensa qu'il ne serait pas prudent d'en faire la ponction. La malade se sentit faible, on la plaça dans son lit, et des compresses imbibées d'un liquide froid furent placées sur le siége de la tumeur. Pendant la nuit, la malade fut agitée, éprouva une douleur qui s'irradiait du côté gauche du cou à la mamelle correspondante. Elle fut soulagée par une potion calmante.

Le 18 mai, même douleur; pouls 100 ; langue blanche ; peau chaude et sèche ; constipation. (Rhubarbe et magnésie toutes les quatre heures, jusqu'à effet purgatif).

Le 19, selles abondantes la veille ; pendant la nuit, un peu de sommeil troublé par une toux intense; fièvre ; même douleur du cou et de la mamelle. (Potion pectorale avec teinture de jusquiame ; cataplasme émollient léger sur le cou).

Le 20, augmentation considérable de la douleur dans la tumeur ; cette douleur s'étend à la partie postérieure du cou ; commencement de la suppuration. (Sangsues sur la tumeur ; rhubarbe ; lavement ; potion calmante pour le soir).

Le 21, peu de sommeil pendant la nuit ; suppuration abondante qui s'écoule du kyste ; diminution de la douleur. (Décoction de quinquina avec acide sulfurique étendu ; un peu de gelée de viande).

Le 22, diminution considérable de la tumeur ; amélioration marquée sous tous les rapports. Cependant la malade éprouve une vive douleur correspondant à trois ganglions engorgés situés sur le plexus cervical gauche. (Sangsues ; fomentations ; purgatif).

Le 24, amélioration ; appétit ; diminution de la suppuration ; constipation. (Purgatif ; mixture avec quinquina et acide sulfurique).

Le 25, tumeur distendue par le pus ; le séton est enlevé ; une quantité considérable de pus est évacuée.

Le 10 juillet, l'amélioration s'est opérée graduellement sous tous les rapports. Il s'est établi un sinus étroit contenant une petite quantité de pus, et s'étendant en bas à partir de l'ouverture inférieure. Le sinus fut ouvert. La tumeur est tellement diminuée que le cou a presque recouvré sa forme et son volume naturels. Les deux ouvertures se sont fermées. Les ganglions cervicaux restent engorgés ; mais ils sont indolens ; en vain on employa, pour les faire disparaître, de petits vésicatoires, l'onguent mercuriel camphré, la pommade d'hydriodate de potasse, et divers autres médicamens. La malade quitta l'hôpital parfaitement guérie de sa tumeur.

Le 17 septembre suivant, elle revint à l'hôpital pour une petite tumeur fluctuante située à un pouce environ au-dessus de la clavicule gauche, et croisée obliquement à sa partie centrale par la veine jugulaire externe. On traita cette tumeur comme la première. Elle laissa écouler un li-

quide semblable au premier, mais en très-petite quantité comparativement. La marche de la maladie ne présenta rien de remarquable, à cela près d'une fièvre légère et d'un ou deux petits abcès qui furent ouverts par la lancette. La femme fut guérie et ne conserva qu'une petite induration qui indiquait le siège de la seconde tumeur.

Obs. III.e — T. Broughall, journalier, âgé de 60 ans, entra, le 26 septembre 1833, dans les salles de M. Adams, pour une tumeur volumineuse occupant la région parotide gauche, et à-peu-près limitée dans toutes les directions par les confins de cette région. Sa base était immobile et profondément située, fixée à l'angle de la mâchoire et aux autres parties profondes de cette région. Elle formait plusieurs saillies irrégulières, molles, élastiques, avec fluctuation. Sur les saillies, la peau était mince, d'un rouge livide. Examinée à distance, on aurait pu prendre cette tumeur pour un *fungus hæmatodes*. Le malade éprouvait des douleurs lancinantes dans la tumeur. Sa physionomie avait un caractère particulier; le côté affecté de la figure était entièrement privé d'expression. L'œil gauche ne pouvait se fermer ni s'ouvrir complètement; les larmes coulaient le long des joues; la commissure droite de la bouche était élevée et tirée du même côté. La santé générale semblait altérée. Le malade racontait que trois ans auparavant il avait senti, au-dessous du lobule de l'oreille, une glande dure, mobile et indolente. Ce corps se développa graduellement et devint adhérent aux parties environnantes. A la longue il devint le siège de douleurs qui se renouvelèrent enfin assez fréquemment. Trois mois avant son admission, un chirurgien avait fait une ponction, et il en était sorti une grande quantité d'un liquide rougeâtre. A l'hôpital, la même opération fut renouvelée avec le même résultat; la plaie se cicatrisa comme à l'ordinaire. Le 17 octobre, on fit une incision sur la tumeur, et l'on évacua environ quatre onces d'un liquide sans odeur, semblable à du café.

Les parties antérieure et supérieure de la tumeur s'aplatirent et devinrent flasques. On les recouvrit avec de la charpie et un bandage imbibé d'eau froide. La plaie était cicatrisée le lendemain. Le liquide se reproduisit, et la tumeur reprit son premier volume et sa première forme. Le 21, nouvelle ponction; écoulement de liquide semblable pour la qualité et la quantité, mais contenant de nombreuses hydatides. La douleur devint très-vive. Même pansement. Le 22, la tumeur est distendue de nouveau, mais son volume est un peu moins considérable. Vers le soir, céphalalgie; chaleur générale, mais surtout vers la tumeur. Pendant la nuit la tumeur creva et laissa écouler une grande quantité de liquide. Le 27, la tumeur creva encore, et se réduisit à la moitié de son volume; céphalalgie légère. Le 28 et le 29, même écoulement spontané. La tumeur était rouge et douloureuse; céphalalgie; soif; pouls, 90. Le malade voulut quitter l'hôpital le 31.

Quel que soit le nom que l'on conserve à cette maladie, les faits que possède la science ne permettent pas de la confondre avec un bronchocèle converti en kyste. Ce n'est pas sans quelque apparence de raison que l'incision est préférée par quelques chirurgiens. Il semble résulter, des faits cités par M. Maunoir, que le procédé du séton expose le malade à l'infiltration du tissu cellulaire et à ses conséquences fâcheuses; tandis que ce danger n'est point à craindre quand on traite la maladie par l'incision. Mais la cause de l'infiltration, dans les cas de M. Maunoir, est évidente. En pratiquant la ponction avec le trois quart ordinaire, la petite ouverture triangulaire de la peau se cicatrise avant celle du kyste, et alors l'infiltration sous-cutanée est presque inévitable. La même raison explique pourquoi, lorsque M. Maunoir eut passé un simple fil de soie à travers la tumeur, les ouvertures se fermèrent au point d'empêcher la sortie du pus et de gêner les mouvemens du fil de soie en avant et en arrière. Ce praticien avait donc tort de ne pas faire une

large incision à la peau et au kyste, mais surtout à la première, et l'on voit, d'après ses expressions et la modification qu'il fit subir à son procédé, qu'il reconnut pleinement son erreur.

On peut objecter au séton que, dans les cas rapportés par Heister, Delpech et Lawrence, et où l'on traita la maladie par l'incision, le traitement dura beaucoup moins long-temps que dans ceux où le séton a été préféré. Mais d'abord, la lenteur de la guérison doit être attribuée au procédé vicieux de M. Maunoir; dans le seul cas où l'on ait mis en usage le procédé du séton modifié (observation II de ce mémoire), la guérison fut retardée parce qu'il y avait plusieurs kystes à faire disparaître; et ensuite, je préfererais encore le séton à l'incision, lorsqu'il n'aurait d'autre avantage que celui d'éviter une cicatrice difforme.

Je crois que le procédé que j'ai décrit est susceptible de perfectionnement. Lorsque l'extrémité de la sonde fut rendue saillante à la partie la plus déclive de la tumeur, et qu'on essaya d'inciser sur le bout de cet instrument, les tégumens glissèrent de côté et d'autre, et éludèrent ainsi l'action de la lancette. Il fallût se réprendre à plusieurs fois pour réussir à faire l'incision. Cette difficulté provenait évidemment de ce que le liquide s'était écoulé en partie par l'ouverture supérieure et avait laissé la tumeur assez flasque pour que la peau devînt très-mobile sur le kyste. Pour éviter la douleur inutile qui en résulte pour le malade, on devra, avant d'ouvrir le kyste, le mettre à nu à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur, en incisant un pli transversal de la peau à chacun de ces endroits. En agissant ainsi, le kyste seul s'oppose au passage de la sonde par l'ouverture inférieure, et l'on n'éprouve aucune difficulté à l'inciser.

Le séton une fois placé, je ne crois pas qu'il y ait de l'avantage à recouvrir la tumeur par des compresses et une

bande imbibées d'eau froide. Je crois que la pratique qui consiste à se borner à un pansement simple et à un cataplasme émollient, chaud et léger, doit être préférée.

C'est une chose digne de remarque que, sur dix cas qui ont été rapportés par Heister, Maunoir, Lawrence et moi, neuf ont présenté la tumeur à gauche. Delpech, qui en a publié deux, n'a point indiqué le côté du cou, si l'extrait de M. Lawrence est exact.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

Sur la respiration; *par Dzondi.* — L'homme sain, couché sur le dos, respire par les deux narines avec facilité; mais aussitôt qu'il se met sur le côté, la narine du côté sur lequel il repose se ferme au bout de quelques minutes, et il ne peut plus respirer que par la narine opposée. Ce phénomène se répète aussi souvent qu'on change de côté.

C'est une remarque que jusqu'ici personne n'avait faite, et encore moins avait-on apprécié la cause de ce phénomène remarquable et le but important que la nature s'efforce d'atteindre par ce moyen. Quelle est la cause qui détermine ainsi, tantôt l'état béant, tantôt l'occlusion de la narine. La connaissance de la forme intérieure des cavités nasales ne peut fournir l'explication de ce problême; tout y est raide et immobile. La cloison, les cornets et les parois latérales, la paroi supérieure et l'inférieure. Point de valve, point de membrane qui puisse obturer l'ouverture. Enfin, des recherches réitérées sur la disposition de ces parties, quelques observations recueillies sur le vivant, sur le cadavre et chez des sujets qui, par suite de cancers, avaient perdu le nez et une partie du visage, ont permis d'établir, de la manière la plus évidente, la cause cachée de ce phénomène.

Si on examine les parties intérieures du nez après la perte du nez extérieur chez des sujets vivans, on trouve que l'espace compris entre les cornets et la cloison, entre la paroi inférieure et le cornet inférieur, n'est que très-peu considérable et bien plus étroit qu'on ne le représente ordinairement, en sorte qu'il a à peine une ligne de diamètre; cela provient de ce que les membranes muqueuses sont

beaucoup plus épaisses pendant la vie qu'après la mort, où elles reviennent sur elles-mêmes et laissent un espace bien plus considérable. Ce fait est rendu manifeste par l'occlusion du nez, qui devient si facile dans le coryza par le gonflement de la muqueuse et par une sécrétion plus abondante. Cela n'aurait pas lieu si l'intervalle qui les sépare était aussi considérable que le représentent les dessins faits sur le cadavre. La cause de cette occlusion réside donc dans la cavité des cornets; il se fait là une sécrétion d'un mucus visqueux qui, dans les circonstances indiquées, tend à obturer les voies étroites qui existent entre les cornets et les parties adjacentes. Ce mucus est bien distinct du mucus nasal ordinaire. Il est tellement coagulable et adhère si fortement aux parois des cornets, qu'il n'est pas facile de le détacher, même à l'aide d'une sonde. A raison de cette ténacité, il peut déborder le pourtour des cornets sans cependant se détacher complètement; il rentre dans la cavité du cornet aussitôt après un changement dans la position du corps; celui-ci étant debout ou couché sur le dos, le prolongement visqueux reste caché dans la cavité des cornets et laisse un libre passage à l'air. Mais la tête reposant pendant quelque temps sur l'un ou l'autre côté, le mucus sort peu-à-peu des cornets et vient obturer l'espace compris entre les cornets du côté sur lequel la tête se trouve appuyée.

Quels peuvent être les avantages de cette disposition? A-t-elle un but particulier?

L'on sait que nous expirons du gaz carbonique qui, ayant une pesanteur spécifique supérieure de beaucoup à celle de l'air atmosphérique, occupe de suite les régions les plus basses. Si l'homme, dans le sommeil, se trouve placé sur le côté, l'air qu'il expire s'accumulant, il serait exposé à aspirer de l'acide carbonique; mais la narine inférieure étant imperméable, il peut se former une couche considérable de ce gaz délétère sans qu'il risque d'en inspirer. Cet inconvénient est évité d'une manière bien plus parfaite dans la position verticale et assise, où l'acide carbonique est chassé de haut en bas, tandis que dans l'inspiration l'air qui pénètre dans les narines provient des régions plus élevées, parce qu'il est poussé par la pression atmosphérique.

Il découle de tout ceci, que l'occlusion alternative des narines dans le décubitus latéral est d'une utilité beaucoup plus grande qu'elle ne le paraît au premier abord. (*Journal Humana, publié par le professeur Dzondi*).

Pathologie.

Maladie extraordinaire de la peau. — Un homme, nommé Lamberte, natif de Suffolk, âgé de 45 ans, se présenta à l'hôpital de Westminster, pour faire voir aux médecins et aux élèves de cet éta-

blissement, comme une chose curieuse, l'état de sa peau qui lui sert à gagner sa vie. D'après son rapport, son grand-père était un sauvage; probablement un Esquimaux. Cet homme amené en Angleterre, se maria et eut des enfans. La maladie de Lamberte consiste dans une éruption écailleuse, cornée, d'une couleur brune particulière, s'élevant de beaucoup au-dessus du niveau de la peau, couvrant tout le corps, excepté le visage, la paume des mains et la plante des pieds. Cette substance offre son épaisseur la plus considérable à la face dorsale des mains et au coude-pieds. La peau des diverses parties du corps, surtout des membres, offre de nombreuses rides; une croûte très-épaisse occupe le sommet de ces rides. La croûte qui constitue les rides du tronc est beaucoup plus mince; les parties de la génération et les bords supérieurs des oreilles sont dans le même état; la voix offre une raucité toute particulière. Le malade affirme que cette maladie est héréditaire, mais suivant seulement la ligne mâle; elle apparaît chez eux vers l'âge de deux mois; les écailles se renouvellent chaque année jusqu'à l'âge de 50 ans, époque à laquelle elles deviennent persistantes et prennent du développement sous le rapport de l'épaisseur.

Lamberte a passé vingt-deux ans sur le continent, se faisant voir aux médecins des diverses villes par où il passait. Il a été vu par Blumenbach, Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire, et par plusieurs médecins de Londres. Blumenbach et Cuvier ont parlé de cet homme dans leurs ouvrages; Cuvier a fait, conjointement avec M. Geoffroy Saint-Hilaire, au Jardin des Plantes, des essais variés, dans le but de guérir cette maladie. Ils ne réussirent qu'en partie; ils parvinrent bien à détacher la substance cornée plus tôt qu'à l'ordinaire, mais ils ne purent en empêcher le retour. Il y a environ deux ans, on essaya inutilement de le guérir à l'hôpital de Guy. Le père de Lamberte désirait ardemment d'être débarrassé de cette infirmité et se laissa traiter pendant long-temps, mais sans en retirer aucun avantage. Lamberte est marié; il a une fille dont la peau n'offre rien d'anormal. Son frère a deux fils atteints tous deux de la même maladie. Quant à lui, c'est un homme vigoureusement constitué; sa hauteur est d'environ 5 pieds 9 pouces. Il assure qu'il n'a jamais éprouvé une heure d'indisposition dans toute sa vie. (*The Lond. Med. and Surg. Journ.* 13 sept. 1834).

NÉPHRITE AIGUE. *Autopsie.* — N...., âgé de 50 ans, d'une constitution pléthorique, assure n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Il y a deux ans, il rendait avec les urines de petits graviers très-fins sans éprouver beaucoup de douleurs; les urines étaient rougeâtres, le jet bifurqué. Depuis un an qu'il ne rend plus de graviers, l'émission des urines était très-difficile et beaucoup plus douloureuse. Depuis quelque temps les envies d'uriner étaient très-fréquentes; le malade uri-

nait à chaque instant; le jet de l'urine s'arrêtait brusquement, puis reprenait, puis s'arrêtait de nouveau; il était en proie à des douleurs horribles. A son entrée à l'hôpital, soupçonnant la présence d'un calcul dans la vessie, on pratiqua le cathétérisme. On ne trouva rien. Quelques jours après, l'émission des urines étant devenue presque impossible, on essaya, mais inutilement, d'introduire une bougie; on eut recours à la sonde de Ducamp, qui fit reconnaître un rétrécissement à cinq pouces. Depuis, on tenta plusieurs fois l'introduction de nouvelles bougies, et toujours vainement; elles se recourbaient sans pénétrer. Le 16, on parvint cependant à fixer une bougie qui pénétra jusque dans la vessie avec facilité et sans occasionner la moindre douleur; elle y demeura toute la journée. Le 17, le malade éprouve des frissons au sortir du bain; bientôt après il est pris de coliques; la diarrhée survient, des douleurs se font sentir dans le pénis. (Adoucissans et calmans). Le 19, même état; la soif est vive; le malade a uriné huit à dix fois dans la journée, et dix à douze fois la nuit; pendant l'émission des urines et long-temps après, l'urètre et le rectum sont le siège de cuissons très-vives; le pouls est tranquille; la langue humide; point de sommeil. Le 20, une douleur très-vive, piquante, se fait sentir dans la région du flanc droit; elle gêne la respiration, augmente dans l'inspiration; le ventre est un peu tendu, douloureux au toucher; constipation; vomissemens de matières bilieuses, langue jaune, soif inextinguible, céphalalgie intense, pouls très-petit et fréquent. (Sangsues sur le point douloureux, demi-bain, boissons adoucissantes). Du 20 au 24, l'état du malade ne s'est pas amélioré; le traitement a été le même. Le 24, on donne pour débarrasser les intestins une mixture d'huile de ricin, une once, avec partie égale de sirop de gomme. Le 25, le pouls est filiforme, les vomissemens n'ont pas cessé, les douleurs sont des plus vives; le ventre, médiocrement tendu, est indolent à la région iliaque et dans tout le côté gauche; la figure est très-gonflée. (Sinapismes). Mort à une heure après midi. — *Autopsie*. Le péritoine n'offre aucune trace d'inflammation; cependant sur les bords libres des circonvolutions intestinales, on voit une teinte rouge légère, et quelques points, rares à la vérité, d'exsudation albumineuse; un peu de sérosité roussâtre à côté du colon droit. Le rein du même côté est entouré d'un pus épais infiltré dans les aréoles du tissu cellulaire voisin. Le rein droit est plus volumineux, plus rose que le gauche; ses deux faces sont parsemées de taches blanchâtres formées par des points du tissu du rein en suppuration. Une tache beaucoup plus considérable que les autres est située sur le bord convexe; elle s'étend sur les deux faces, est irrégulièrement circulaire. Ces points purulens occupent le milieu des faces du rein, dont les bords et les extrémités sont sains. Ils sont ronds. Leur diamètre varie depuis deux à trois lignes jusqu'à dix et même douze

lignes ; quatre ou cinq seulement offrent ce diamètre. Entre ces petits foyers purulens, le tissu du foie a conservé sa couleur naturelle. Tous ces points sont d'un blanc sale, jaunâtre comme de l'albumine ; plusieurs ont des nuances de gris-verdâtre ; quelques-uns sont noirâtres ; tous deux font saillie au-dessus des parties saines du rein. Autour des points purulens de la face postérieure, on voit des aréoles de deux lignes de long, d'un rouge foncé dans le centre ; elles s'étendent jusqu'à l'aréole voisine en perdant graduellement de leur rougeur. La consistance des points suppurés est mollasse, fongueuse ; ils cèdent à pression du doigt, et se déchirent facilement. Dans les endroits sains, le tissu du rein a conservé sa consistance naturelle.

Intérieur du rein. — Les membranes du bassinet et de l'uretère, jusqu'à un pouce du rein, sont épaissies et couvertes de petits points, les uns d'un rose tendre, c'est le plus grand nombre, les autres d'un rouge foncé et noirâtre : ces derniers ont été examinés avec une scrupuleuse attention, parce qu'on doutait que ce fussent des caillots de sang agglutinés : c'est surtout dans ces endroits que la muqueuse est très-épaisse. Dans toutes les divisions des calices, cette membrane est d'un rouge foncé. Tous les mamelons sont enflammés et très-rouges ; leur substance est mollasse et se laisse déchirer avec la plus grande facilité quand on la presse sous les doigts. Quelques-uns sont ulcérés à leur sommet, d'autres sont seulement rouges ; enfin il en est qui sont complètement désorganisés et réduits en pulpe. La suppuration se propage le long des faisceaux tubuleux jusque dans les points les plus malades de la surface externe, principalement dans la grande tache blanche du bord convexe, qui est le point le plus malade. Dans certains mamelons, la désorganisation ne s'étend que jusqu'à la substance corticale ; dans d'autres on voit une multitude infinie de petites ulcérations d'un quart de ligne, dont les parois sont tapissées d'une couche albumineuse d'un gris sale, qui s'enlève facilement en grattant, et laisse voir le tissu du rein très-rouge. La substance corticale est en partie saine et blanchâtre.

La vessie est réduite à un très-petit volume ; elle est contractée derrière les pubis ; ses parois sont épaisses de plus d'un demi-pouce. L'urètre est très-rouge, couvert de petits vaisseaux nombreux remplis de sang, très-apparens. Les muscles du périnée sont très-développés. (Lemoine, P. S., *Diss. sur la néphrite aiguë.* Paris, 1833, N.° 143).

Tumeur dans l'hémisphère gauche du cerveau ; *par le docteur Moir.* — Le 20 avril 1833, M.me P., âgée de 60 ans, éprouva de la douleur à l'épigastre, des nausées, et, par intervalles, de la céphalalgie et de l'anorexie. Langue chargée ; un peu de constipation ; pouls naturel. Ces symptômes s'amendèrent un peu, excepté la céphalalgie et les nausées qui persistèrent au même degré jusqu'au 4 mai, où la

malade fut prise de paralysie incomplète du côté droit. Depuis ce moment elle perdit graduellement la faculté de rendre ses idées par les expressions propres. Elle se servait quelquefois de mots exprimant toute autre chose que ce qu'elle voulait dire; d'autres fois les mots lui manquaient complètement. Elle avait la conscience de cette impuissance, et paraissait contente lorsqu'on suppléait à ce qu'elle voulait dire. Pendant les trois derniers jours de sa vie elle perdit la faculté de parler, mais elle semblait comprendre tout ce qui se faisait autour d'elle, et reconnaissait ses amis. Elle mourut le 26 mai.

Autopsie. — La partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche était molle, et donnait une sensation de fluctuation. En incisant sur ce point, on trouva une cavité située près de la superficie, contenant de la substance cérébrale ramollie à la consistance du pus; une tumeur du volume d'une grosse cerise, de couleur rouge livide et foncée, et de consistance solide, se projetait de bas en haut. La substance cérébrale formant les parois de la cavité était ramollie On trouva une cavité et une tumeur semblables à la face postérieure et inférieure du lobe postérieur du même côté.

M. Moir fait observer que plusieurs médecins ont admis une connexion intime entre le lobe antérieur du cerveau et la faculté de parler. Dans la *Lancet* (5 juin 1833), M. Browne a réuni en faveur de cette opinion plusieurs faits d'anatomie pathologique. Il divise ces faits en deux classes : la première comprend ceux où la faculté du langage a été perdue par suite de lésions extérieures intéressant seulement cette partie du cerveau. La seconde renferme ceux où un semblable effet a suivi une lésion interne de la substance nerveuse. Le cas qui précède, et un autre qui est cité par le docteur Moir, contredisent ces conclusions. Dans ce dernier, le malade, bien qu'atteint d'une grave lésion extérieure du lobe antérieur, conserva la faculté de parler jusqu'au deuxième jour avant sa mort, et nomma souvent les personnes qui vinrent le voir. M.me P., comme on vient de le voir, perdit la faculté d'exprimer ses idées, et ne put dire le nom de ses amis, bien qu'elle les reconnût, et cependant elle n'offrit aucune altération du lobe antérieur. (*The Edinb. med. and. surg. Journ.*, octobre 1834.)

Fistule de l'estomac; guérison; *par le docteur Cook.* — Une femme âgée de 39 ans offrit les symptômes suivans : ouverture fistuleuse, pouvant admettre une balle de mousquet, située à côté de l'ombilic. En enlevant le bandage qui tenait cette ouverture fermée, il s'écoula d'abord une chopine de bile, puis une petite quantité d'un liquide différent. (Etait-ce le suc gastrique?) Cet écoulement était [illegible]gné de douleur; la surface de l'abdomen était excoriée [illegible] et douloureuse. Une sonde de gomme élastique fut int[illegible] à une profondeur de treize pouces; si l'on essayait de la pousser plus loin;

on provoquait le vomissement. Un verre d'eau que l'on fit boire à la malade, fut entièrement rendu par l'ouverture fistuleuse au bout de vingt secondes. D'après la direction de la sonde et les sensations de la malade, l'ouverture de l'estomac semblait être située au pylore.

Traitement. — Une vessie de bœuf très-volumineuse, fut fendue, recouverte par une couche d'emplâtre agglutinatif et placée sur l'abdomen pour le protéger contre l'écoulement irritant de la fistule. Un trou y fut pratiqué et correspondit à l'ouverture fistuleuse. Une compresse cylindrique fut appliquée sur le trajet de la fistule et maintenue par un bandage. On prescrivit des boissons mucilagineuses et des lavemens nourrissans. Il y avait constipation depuis dix jours. Les excoriations de l'abdomen furent rapidement guéries, et en treize jours la malade était rétablie; la fistule paraissait oblitérée; les selles étaient normales. (*Dublin Journal*, N.° 16).

Bruit de frottement dans la péritonite; *par le prof. Beatty.* — En janvier 1832, une femme âgée de 30 ans fut admise dans mon service à l'hôpital de la Cité de Dublin, pour une hydropisie de l'ovaire gauche. La tumeur remplissait l'abdomen depuis le pubis jusqu'à l'appendice xiphoïde, et était d'une dureté remarquable. Quelques jours avant son entrée, la malade fut prise d'une vive douleur dans l'abdomen et de symptômes fébriles, qui durèrent pendant une semaine, et qui exigèrent un traitement antiphlogistique actif. Pendant tout le temps que dura cette phlegmasie, la main appliquée sur l'ombilic et dans ses environs, perçut une sensation remarquable. Il semblait que deux surfaces inégales ou plutôt deux surfaces sèches, frottassent l'une contre l'autre; ce phénomène devenait plus manifeste quand on prescrivait au malade de faire une inspiration profonde, c'est-à-dire, de faire mouvoir avec plus d'étendue les parois abdominales sur la tumeur. Par l'application du stéthoscope, on entendait un bruit de frottement fort et distinct, dans une étendue de l'abdomen qui avait cinq pouces de diamètre, et dont l'ombilic était le centre. En peu de jours, la douleur et les symptômes inflammatoires perdirent leur intensité sous l'influence du traitement employé, et en même temps disparut le bruit de frottement qui les accompagnait.

En décembre 1832, j'eus occasion d'observer le même phénomène chez une jeune dame que je traitais pour un développement excessif de la rate. La tumeur occupait la moitié gauche de l'abdomen, descendait jusque dans le bassin de ce côté, et débordait la ligne médiane, surtout inférieurement, où elle s'étendait dans le côté droit. La tumeur s'enflamma, et tant que dura cette inflammation le bruit de frottement fut appréciable, soit à la main, soit à l'aide du stéthoscope. Il disparut avec elle.

Il semble que ce symptôme de la phlegmasie des membranes sé-

reuses ne peut exister que lorsqu'un des feuillets au moins de la membrane est adhérent à un corps solide ; car je ne pense pas qu'on l'ait observé dans les cas ordinaires de péritonite, où les parois molles de l'abdomen sont en contact avec le paquet intestinal également privé de résistance. Quand une tumeur se développe dans l'abdomen, le péritoine se trouve dans une condition analogue à celle que présente le péricarde avec le cœur ; aussi des signes physiques semblables sont-ils produits. Ces faits m'ont donc paru confirmatifs des recherches du docteur Stokes, sur le diagnostic de la péricardite. (Voy. *Archives*, janvier 1834). (*Dublin Journ.*, N.° 16).

Obstétrique. — Maladies des femmes et des nouveau-nés.

Affection particulière des poumons, chez les nouveau-nés; *par M. Edouard Joerg.* — Ce médecin, fils du célèbre professeur d'accouchemens de Leipzig, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs fois une maladie organique des poumons, particulière aux nouveaux-nés et non encore décrite, en a fait le sujet de la dissertation inaugurale dont nous allons donner une analyse succincte. Après quelques considérations sur la physiologie du fœtus et du nouveau-né, l'auteur entre en matière par la description de la maladie, et il commence par en spécifier la nature qui consiste dans une *concrétion* ou *agglutination des cellules pulmonaires*, occupant une plus ou moins grande partie de l'un des poumons ou des deux. Cette agglutination ne provient, ni d'une inflammation, ni d'une exsudation, mais d'une respiration imparfaite qui empêche l'air de pénétrer dans toutes les cellules ; aussi les parties malades conservent-elles la couleur et la consistance des poumons de fœtus, et ne surnagent-elles point quand on les jette dans l'eau.

Les causes de cette affection sont l'accouchement trop facile et terminé trop vite, et la trop forte compression de la tête de l'enfant pendant l'accouchement ; ces deux circonstances empêchent que la respiration ne soit, dès le commencement, aussi complète qu'elle devrait l'être, donnent lieu à la maladie dont il est question, laquelle est surtout caractérisée par une respiration superficielle, courte, anxieuse, à peine perceptible, quelquefois intermittente, une voix faible et plaintive, de la difficulté à téter, une élévation insuffisante du sternum et des côtes, la coloration livide ou même bleuâtre de la peau, la froideur du corps, la débilité universelle, la faiblesse et la lenteur du pouls. Ces troubles dans la respiration et la circulation occasionnent une nutrition imparfaite, des congestions vers le cerveau, des convulsions, et par suite des efforts respiratoires, l'inflammation des bronches et des poumons.

Aussi long-temps qu'on peut parvenir à faire faire à l'enfant une

inspiration profonde, il y a encore possibilité de le sauver; mais lorsque la respiration reste petite, quoi qu'on fasse, le malade est perdu. Le traitement consiste à enlever les mucosités de la bouche, à frapper les plantes des pieds et des mains, ainsi que la poitrine et le dos, avec des verges, à frictionner la poitrine et le dos avec de l'éther sulfurique et à en instiller dans le nez et la bouche. Si la voix et la respiration restent faibles, on continue l'application de ces moyens pendant qu'on met l'enfant dans un bain simple ou aromatique, ou même nutritif. Outre les moyens indiqués jusqu'à présent, on emploie encore les lavemens répétés et les vomitifs; ces derniers cependant, ainsi que tous les moyens qui poussent le sang vers la tête, sont contre-indiqués lorsque le cerveau est lésé; dans ces cas on se sert avec avantage du mercure doux et des sinapismes qui, en établissant une révulsion sur le canal intestinal et la peau, détournent le sang de la tête et empêchent la sécrétion trop abondante de mucosités dans les bronches. Enfin, l'insufflation modérée d'air chaud doit également être recommandée dans la maladie dont nous parlons; l'introduction dans les poumons d'oxigène pur ou d'un air trop chargé d'oxigène n'est pas à recommander, les poumons des nouveau-nés étant trop délicats pour supporter une stimulation aussi vive. Neuf observations terminent l'opuscule du docteur Joerg, dont les recherches contribueront à éclaircir la pathologie encore si obscure des nouveau-nés. (E. Joerg. *De morbo pulmonum organico ex respiratione neonatorum imperfectâ orto. Dissert. inaug.* Lipsiæ 1832).

Rupture de l'enveloppe péritonéale de l'utérus; *par Francis White*.—Mme W., âgée de 32 ans, bien conformée, mariée depuis quinze ans, et mère de huit enfans vivans, était près du terme de sa neuvième grossesse, lorsque, le 10 décembre 1824, elle éprouva une frayeur qui la fit tourner rapidement sur elle-même. Aussitôt elle ressentit, dans la partie inférieure du dos, une douleur qui se propagea autour de l'abdomen et qui s'accompagna d'un sentiment de défaillance et de palpitations très-fortes. Elle se remit promptement des effets immédiats de cette secousse; et, comme elle avait un caractère très-gai et un esprit très-actif, elle ne conçut aucune crainte, pas plus que ceux qui l'entouraient, bien qu'elle parut plus pâle et plus languissante qu'à l'ordinaire. Quoi qu'il en soit, elle s'occupa de ses affaires intérieures jusqu'au matin du 18, où, montant un escalier, elle éprouva des douleurs lancinantes dans l'hypogastre, et une sensation particulière qu'elle ne put bien décrire; elle devint agitée, pâle, défigurée. Un accoucheur appelé la trouva respirant avec peine, presque suffoquée, souffrant à la région précordiale, avec le pouls fréquent et tremblant. Rien n'annonçait un commencement de travail. Vers neuf heures du soir, le travail commença, et, après quelques douleurs peu intenses, la malade fut délivrée d'un

enfant mâle bien développé, mais sans vie. En moins de trois-quarts d'heure, elle s'affaissa graduellement et expira.

Autopsie, deux jours après la mort. — Epanchement séreux considérable dans le côté droit. A gauche, adhérences de la plèvre et un peu de sérosité. Poumons sains; cœur vide, flasque; valvules saines; l'abdomen contenait, dans le voisinage de l'utérus, une grande quantité de sang liquide; les ligamens larges étaient injectés; l'utérus ne s'était point contracté; l'ovaire droit était très-développé et contenait deux hydatides de volume considérable; à la surface antérieure de l'utérus existaient deux longues déchirures et une petite. Ces déchirures intéressaient toute l'épaisseur de la tunique péritonéale et quelques-unes des fibres superficielles de l'utérus. Du reste, rien à noter. Ainsi, le cœur s'était vidé jusqu'à la dernière goutte, et presque tout le sang de l'économie s'était épanché dans la cavité abdominale.

La première question à poser ici est la suivante : En admettant que le diagnostic de cette affection puisse être établi, ne serait-il pas convenable de provoquer immédiatement l'accouchement qui déterminerait la contraction de l'utérus et la diminution du calibre des vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie. (*Dublin Journal*. N.° 15).

Compte rendu des accouchemens qui ont eu lieu dans l'hôpital de Fulda pendant l'année 1831-1832. — Cent-quinze femmes sont entrées à l'hôpital pendant cette année. 110 étaient enceintes, 5 venaient d'accoucher; 3 seulement étaient mariées. 57 étaient à leur premier accouchement, et 68 étaient déjà devenues plusieurs fois mères. La plus âgée comptait 42 ans, la plus jeune 18 ans.

116 enfans sont venus au monde; 62 garçons et 54 filles; 105 sont arrivés pleins de vie, 3 sont nés avec les apparences de la mort; 8 ont succombé. La première position de la tête s'est présentée 76 fois; la deuxième 30 fois et la troisième une fois. La présentation par les fesses s'est offerte une fois; nous n'avons également observé qu'une fois une position transversale.

107 accouchemens se sont terminés par les seules ressources de la nature; 9 ont réclamé les secours de l'art. Ce qu'il y a eu de plus remarquable dans notre établissement, c'est que le nombre des accouchemens a été beaucoup plus grand le jour que la nuit. Ce rapport est comme 4-7.

De l'application du forceps. — Cet instrument nous a été nécessaire dans six cas. Les causes qui le réclamaient étaient le plus souvent de légères coarctations du bassin à son détroit inférieur. Une fois le forceps a été appliqué pour hâter l'accouchement dans un cas de convulsion.

De la perforation. — On n'a eu recours à cette opération qu'une fois. La femme était d'une faible constitution, et à son premier accouchement, le bassin était rétréci dans tous ses diamètres, mais l'étroi-

tesse était plus marquée dans le diamètre droit. Le travail était languissant et la femme épuisée. Tous les moyens de ranimer les douleurs avaient été sans résultat. Déjà depuis deux jours, les mouvemens de l'enfant n'étaient plus sentis.

Après la rupture de la poche des eaux, le forceps fut appliqué, mais il glissa plusieurs fois à cause de la mollesse des os. Après toutes ces tentatives, on se décida, sur la conviction qu'on avait acquise de la mort de l'enfant, à la perforation, tant pour diminuer le volume de la tête que pour mieux la saisir avec le tire-tête de Boer. L'extraction, opérée ainsi, se fit à l'aide des doigts sans difficulté. La mère souffrit très-peu de cette opération, et la délivrance ne tarda pas à se faire. *De la version des pieds.*—Elle fut pratiquée sur une femme de 32 ans, qui deux ans auparavant avait été accouchée avec le forceps à cause de l'étroitesse du bassin. A l'exploration, on reconnut la présence du bras à l'orifice utérin. La tête était portée sur le côté droit, les pieds sur le côté gauche de la matrice. Après la version du fœtus, on dégagea aisément le pied droit et on attira le tronc du fœtus jusqu'aux aisselles. On découvrit alors que le cordon ombilical s'entortillait autour du cou. Comme les contractions manquaient, on se décida à terminer l'extraction du fœtus, opération qui ne présenta aucune difficulté. L'expulsion du placenta se fit sans retard; mais le fœtus était sans vie. On s'empressa de le mettre avec le délivre dans un bain chaud, et à l'aide des secours qu'on apporta, il revint à la vie. Le temps des couches se passa heureusement. La mère et l'enfant sortirent de l'hôpital dans un bon état de santé.

Accouchemens de jumeaux. — Dans l'année 1831, il s'est présenté deux accouchemens de cette espèce. Dans le premier, l'enfant le premier né était un garçon, et s'était présenté dans la première position de la tête. Le second enfant était une fille. Elle était arrivée au monde neuf heures après la sortie de son frère, et s'était offerte dans la deuxième position. Dans le second accouchement, le premier enfant, qui était une fille, arriva par les fesses, et dans la deuxième présentation; et le second, qui était un garçon, une heure et demie plus tard, vint en présentant l'occiput dans la première position. Tous ces jumeaux étaient pleins de vie.

De la grossesse d'une mole, et de son expulsion. — Une femme de 30 ans, avait été conduite d'une maison de correction dans notre établissement, pour une métrorrhagie violente dont elle était attaquée. Elle assurait que sa grossesse était de plus de trois mois. Le 3 août 1832, deux jours avant son admission dans l'hôpital, elle avait éprouvé des douleurs utérines d'expulsion, accompagnées d'une perte abondante qui l'avait très-affaiblie. On lui fit tenir une position horizontale; mais comme les contractions revenaient, on pratiqua le toucher, et on découvrit qu'un corps mou était renfermé dans

la matrice, et qu'il s'engageait à travers son orifice. L'extraction en fut opérée au moyen de tenettes à polype. Cette mole était irrégulière et charnue, longue de trois pouces et épaisse d'un pouce. On n'a pas remarqué quels étaient les rapports de cette mole avec l'utérus, pour savoir s'ils n'auraient pas mis obstacle à son expulsion spontanée. Après son extraction, il sortit des caillots de sang, les douleurs cessèrent. En peu de temps la femme reprit sa santé.

De la version spontanée. — Une femme de bonne constitution, mère de plusieurs enfans, était dans le travail de l'enfantement, lorsqu'elle entra dans notre établissement. On sentait à l'exploration extérieure le tronc de l'enfant sur le côté gauche, et la tête reposant sur la ligne innominée de l'os pubis droit. On sentait que la position du tronc était permanente sur le côté gauche, en faisant une compression douce sur le côté droit. Les douleurs restèrent sans force; elles ne prirent d'activité que lorsque la tête se présenta dans la direction ordinaire; alors l'accouchement marcha rapidement jusqu'à la fin. Il fut tout normal. Le placenta, inséré sur le côté gauche de la matrice, était très-volumineux. Il pesait deux livres trois-quarts. Pareil événement est survenu dans une position transverse.

De la procidence de la main du fœtus dans l'accouchement. — Une femme âgée de 32 ans était en travail de son premier enfant. Les premiers temps de l'accouchement furent prompts et réguliers, mais le quatrième temps fut long, quoique les douleurs eussent conservé toute leur énergie. On sentait la petite fontanelle placée derrière la symphyse du pubis. La tête se dégagea du détroit vulvaire dans la deuxième position, accompagnée de la main gauche. L'expulsion du tronc ne rencontra aucun obstacle. Ce fait s'est aussi présenté chez une autre femme. Dans ce dernier cas, c'était le bras droit qui compliquait l'accouchement. L'accouchement fut très-facile.

La durée des accouchemens la plus longue a été de quarante-sept heures, et la plus courte de deux heures. Le fœtus le plus grand qu'on ait reçu avait vingt-deux pouces, le plus petit seize pouces. La largeur entre des épaules, la plus grande a été de cinq pouces, la plus petite de quatre pouces. Le diamètre longitudinal de la tête, le plus étendu, avait cinq pouces, le plus court quatre pouces et demi. Le diamètre transverse le plus long, quatre pouces trois-quarts; le plus petit trois pouces et demi. Le poids du fœtus le plus fort était de neuf livres; le plus petit de cinq livres.

On a observé chez trois enfans des vices de conformation. Chez l'un le frein de la langue s'étendait jusqu'à la pointe de cet organe; chez le second, qui était arrivé au monde dans la deuxième position de la tête, on découvrit un céphalatome sur le pariétal droit, qui, après l'emploi des émolliens, fut ouvert avec le bistouri. La guérison ne se fit pas attendre. Chez le troisième enfant il y avait *atresia pupillæ* de l'œil gauche.

De la délivrance. — Le temps le plus long qui se soit écoulé entre l'expulsion du fœtus et la sortie du délivre, a été de cinq heures; le plus court d'un quart-d'heure. Une fois le placenta a été expulsé en même temps que le fœtus. Jamais l'art n'est intervenu pour la délivrance.

Le placenta le plus pesant était de deux livres trois-quarts. Le moins lourd était de trois-quarts de livre. La circonférence la plus grande était de trente-six pouces, et la plus petite de quinze pouces.

Le cordon ombilical, dans sa plus grande longueur, avait trente-sept pouces, un autre cordon vingt-neuf pouces; enfin le plus court treize pouces. Il y a eu vingt-neuf fois des circonvolutions du cordon; vingt-cinq fois, elles étaient simples. Vingt-deux fois elles ont été lieu autour du cou, deux fois autour du tronc, une fois sur les extrémités supérieures, quatre fois elles ont été doubles et formées autour du cou. Toutes ces circonvolutions devaient leur formation à l'extrême longueur du cordon; on doit en excepter un cas où le cordon n'avait que quinze pouces. Le cordon a offert un véritable nœud, éloigné de cinq pouces du nombril. Il avait vingt pouces de longueur : on a rencontré souvent des nœuds faux. Les rapports d'insertion du cordon au centre ou à la circonférence du placenta, ont été comme 19 : 11. (*Siebolds Journal*, tom. XIV, S. I. 1834).

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 octobre. — Croup chez l'adulte. — M. Gérardin fait un rapport sur un mémoire de M. Carent, relatif à ce sujet. L'auteur avance que le croup est bien moins rare qu'on l'a prétendu chez l'adulte, puisque pour sa part il en a observé sept à huit en un espace de temps assez court. Il joint à ses observations particulières divers faits rapportés par les auteurs. Dans tous les cas, l'affection a débuté par une phlegmasie des fosses nasales et du pharynx, et s'est montrée sous les traits d'une angine laryngo-pharyngée des plus graves, avec la voix croupale et l'expectoration de fausses membranes. Toutefois la voix n'est pas telle qu'on la remarque chez les enfans. La mort eut lieu du 8.e au 11.e jour; la guérison vers le 15.e Sur les conclusions du rapporteur, des remercìemens sont votés à l'auteur.

Sur la salseparine, principe actif de la salsepareille. — M. Cullerier lit en son nom et en celui de M. Soubeiran, un rapport sur un mémoire de M. Thubœuf. Ce chimiste a démontré que les quatre substances élémentaires, acide, alcaline et neutres, reconnues jusqu'à présent dans la salsepareille, n'étaient que des variétés d'une

même substance plus ou moins éloignée de l'état de pureté, et à laquelle il a donné le nom de *salseparine*. Cette substance est blanche, inodore, de saveur légèrement nauséeuse, cristallise en prismes alongés. M. Cullerier a fait, avec la quantité de salsepareille remise à l'Académie, des expériences sur sept hommes et deux femmes, affectés de syphilis ancienne. Le médicament était donné à la dose de six grains d'abord dans les vingt-quatre heures, soit en solution dans l'eau, soit en pilules, puis à celle de neuf et douze grains. Il fut bien supporté à la première dose : il n'en a pas toujours été de même à celle de neuf grains : plusieurs des malades ont éprouvé de la pesanteur à l'estomac, des nausées. Un d'entr'eux a été fortement purgé, et l'effet, suspendu par l'interruption du médicament, a reparu lorsqu'il a été repris. Du reste, le petit nombre de malades soumis à l'expérience, et le peu de temps qu'elle a été continuée, à cause de la petite quantité de salsepareille mise à la disposition de M. Cullerier, ont empêché d'en obtenir des résultats. Sur les neuf malades, un seul a guéri ; les autres avaient éprouvé de l'amélioration. Il a fallu avoir recours à d'autres remèdes pour compléter la cure. — L'Académie pense qu'il est nécessaire de donner plus de suites à ces expériences.

Séance du 4 novembre. — Du tritoxide de fer hydraté considéré comme contre-poison de l'acide arsénieux. — M. Orfila communique à l'Académie le résultat de quelques expériences faites sur ce sujet à la Faculté, par M. Lesueur. Comme les chiens auxquels on donne de l'arsénic, même à une dose très-forte, ne périssent pas toujours à cause des vomissemens qui entraînent le poison, il fallait, pour juger de la propriété anti-vénéneuse du tritoxide de fer, se prémunir contre cette cause : c'est ce qu'a fait M. Lesueur, en liant l'œsophage des chiens qu'il a soumis à l'expérience après avoir ingéré le poison. Neuf grains d'acide arsénieux ont été donnés à un chien robuste et de taille moyenne, et immédiatement après trois onces deux gros de tritoxide de fer hydraté. L'œsophage a été aussitôt lié. L'animal n'a ressenti aucun des symptômes de l'empoisonnement : il est encore en vie dans ce moment, 70 heures après l'ingestion de l'arsenic. Cette expérience, répétée sur d'autres chiens, a eu les mêmes résultats. La même dose de poison a été donnée à un chien; puis une demi-heure après, on lui a administré également trois onces deux gros du contre-poison. Ce chien a succombé avec tous les symptômes de l'empoisonnement. Ce résultat, en apparence contradictoire, s'explique, dit M. Orfila, par l'absorption qui s'est faite du poison pendant la demi-heure qu'il a été laissé seul dans les organes digestifs. Il faut donc que le contre-poison soit administré promptement. Il est de nécessité que le tritoxide de fer soit hydraté : anhydre, il n'entrave en rien l'empoisonnement ; les animaux auxquels on en a donné ont tous

succombé. — M. Boulet jeune dit avoir fait des expériences qui ne lui ont pas aussi bien réussi qu'à M. Lesueur. Il est vrai qu'il a expérimenté sur des chevaux avec l'arséniate de potasse, qui n'est pas décomposé probablement à cause de l'affinité plus grande de l'acide arsénique pour la potasse que pour le fer. Le sulfate de fer, dont l'emploi lui a été suggéré par M. Lassaigne, n'a pas réussi davantage. Ce chimiste pensait que, l'acide sulfurique se portant sur la potasse, l'oxyde de fer et l'acide arsénique se combineraient. Dans les deux genres d'expériences, les chevaux se sont d'abord bien portés pendant les premières 24 ou 36 heures, puis ont succombé avec les symptômes observés dans l'empoisonnement dont il a été précédemment donné connaissance à l'Académie. — M. Chevallier dit que M. Miquel a fait des expériences qui ont eu les mêmes résultats que celles de M. Lesueur. Il pense que le défaut de succès, dans celles de M. Boulet, peut dépendre d'abord de la différence des poisons, puis de la petite quantité employée de tritoxide de fer (douze fois en poids la quantité d'arséniate de potasse). Cette dernière remarque est appuyée par M. Orfila, qui dit que M. Lesueur a vu l'empoisonnement suivre son cours tant qu'il n'est pas arrivé à une dose énorme du contre-poison, à celle de trois onces et deux gros. — M. Duval rappelle que Navier avait préconisé les martiaux contre l'empoisonnement par l'arsénic : il pense qu'on pourrait, au besoin, employer l'encre à haute dose. — M. Chevallier pense que le proto-hydrate de fer aurait les mêmes propriétés que le tritoxide. Il a commencé sur ce sujet des expériences qui ne sont pas encore terminées.

Luxation spontanée du fémur. — Goitre cystique. — Nécrose invaginée. — M. Roux, d'après le vœu de l'Académie, commence la relation de son voyage en Suisse et en Italie; il indique dans cette première communication les détails de la pratique chirurgicale de M. Mayor, dans l'hôpital de Lausanne, principalement dans ce qui a rapport aux pansemens, pour lesquels ce chirurgien n'emploie, au lieu de charpie, que du coton, et en place de nos bandages compliqués, que des appareils faits avec des mouchoirs. Il signale l'opinion de ce même chirurgien, qui prétend que dans la *luxation spontanée du fémur*, il n'y a jamais déplacement de la tête de cet os, et que le raccourcissement du membre n'est qu'apparent; suivant lui, ce raccourcissement dépend de l'élévation du bassin du côté malade et d'une déviation consécutive de la colonne vertébrale.

M. Roux parle ensuite du *goître cystique enkysté*, dont il a vu des exemples à l'hôpital de Genève, affection sur laquelle M. Maunoir, qui l'a appelé *hydrocèle du cou*, a appelé l'attention dans une thèse soutenue, il y a une quinzaine d'années, à Montpellier, pour un concours à une chaire de chirurgie. Cette maladie, rare à Paris, est assez commune à Genève. D'après M. Mayor, chirurgien de

l'hôpital de cette ville, la tumeur débute par un des côtés du corps thyroïde, et s'étend à l'autre, de manière à le comprendre tout entier. Soit qu'elle se rompe spontanément, soit qu'on y fasse une ponction avec un trois-quart, il en sort un liquide brunâtre, consistant; puis il se fait dans le kyste un épanchement de sang qui prend la place du premier liquide et s'écoule même au-dehors. Cette hémorrhagie n'est due, suivant M. Mayor, à la lésion d'aucun vaisseau sanguin, mais uniquement à une simple exhalation à travers les parois du kyste qui ne sont plus distendues. Elle s'arrête aussitôt qu'on ferme l'ouverture qui donne issue au liquide contenu dans son intérieur. Le traitement adopté par M. Mayor est celui-ci, auquel il s'est arrêté après beaucoup d'autres essais: le liquide ayant été évacué à l'aide d'un trois-quart plongé dans la tumeur, on bouche la canule, lorsque le sang commence à sortir, et on l'entoure d'agaric pour empêcher tout suintement extérieur. Le sang contenu dans le kyste se coagule d'abord, puis se liquéfie, comme il arrive ordinairement dans tout épanchement analogue. On l'extrait à l'aide de la canule retenue dans la plaie. La suppuration s'établit alors dans le kyste; ses parois se rapprochent peu-à-peu et contractent adhérence. Telle est le mécanisme de la guérison, qui est longue, mais qui a lieu constamment et sans accidens.

M. Mayor a fait aussi des remarques intéressantes sur la *nécrose invaginée*, affection qu'on observe bien moins rarement que la précédente à Paris, mais qui paraît être plus fréquente à Genève; la même remarque avait déjà été faite relativement à Lyon, peu distant de Genève. Contrairement au précepte généralement adopté, M. Mayor pense qu'on doit pratiquer plus tôt que plus tard l'extraction du sequestre. La séparation de celui-ci est complète, suivant lui, du moment que le travail de réparation a eu lieu et avant l'entière ossification de la nouvelle production. On a alors plus de facilité à opérer sur cette partie, qui est encore tendre, tandis que plus tard elle sera très-compacte et presque éburnée.

Séance du 11 *novembre.* — LUXATION DE L'HUMÉRUS EN BAS ET EN DEHORS DANS LA FOSSE SOUS-ÉPINEUSE. — M. Lepelletier lit un mémoire sur une luxation de l'humérus de ce genre, qu'il a réduite après quarante-cinq jours. L'auteur, après avoir cité l'opinion des auteurs sur cette luxation, dont Boyer n'admettait la possibilité que dans le cas où la cavité glénoïde de l'omoplate présenterait anormalement une grande inclinaison en dehors, et indiqué les symptômes qui lui ont été assignés, rapporte le cas qu'il a observé. M. Boucher, d'une forte constitution, fit, le 1er juillet 1834, une chute dont il ne se rappelle pas bien les circonstances; il paraît seulement que l'effort de la chute fut concentré sur l'épaule et le bras droits. Immédiatement après, douleur, déformation du membre, impossibilité des mouvemens. Un

rebouteur, après d'inutiles essais, déclare à M. B. qu'il restera estropié. Ce ne fut que le 18 août, quarante-cinq jours après l'accident, que M. Lepelletier vit le malade. Il présentait les symptômes suivans : inclinaison de la tête à droite, déformation peu marquée de l'épaule de ce côté, agrandie cependant dans son étendue transversale; le deltoïde était très-peu aplati, et l'acromion à peine saillant. L'humérus offrait une obliquité notable de haut en bas et d'arrière en avant; et le membre demi-fléchi était entraîné tout entier dans cette direction. En conservant cette obliquité, le coude pouvait se rapprocher du tronc; mais ce rapprochement était impossible si l'on ramenait le membre dans une direction parallèle à celle du tronc. Le bras, mesuré de l'acromion au coude, offrait un alongement de neuf lignes. On voyait une tumeur dure, arrondie, vers la partie supérieure et externe de la fosse sous-épineuse, dans la direction de l'humérus, tandis que l'aisselle était vide. L'épaule était aplatie en avant; et vers le milieu de cette dépression, s'apercevait à l'œil, mais surtout au toucher, une saillie située sous l'extrémité scapulaire de la clavicule, et formée par l'apophyse coracoïde. L'omoplate suivait les mouvemens de l'humérus auquel elle semblait fixée; toutefois les mouvemens du bras en avant étaient libres, tandis qu'en arrière ils étaient douloureux et difficiles; et il était impossible de porter la main à la tête. — La luxation reconnue, on procéda à la réduction : l'extension verticale n'ayant pas réussi, on eut recours à l'extension horizontale, à l'aide de lacs fixés au poignet, et les tractions furent faites d'abord en avant et en bas, puis horizontalement et en dehors, tandis que le chirurgien portant son avant-bras gauche sous le bras luxé, le plus près possible de l'aisselle, et saisissant le coude de la main droite, imprimait un mouvement de bascule à l'humérus, de manière à élever la tête de cet os. L'humérus céda, et la réduction fut opérée immédiatement sans aucun bruit : Tous les symptômes de la luxation disparurent, l'épaule reprit sa forme normale, et le bras la liberté de ses mouvemens. On put s'assurer alors que l'omoplate ne présentait, ni de ce côté, ni du côté sain, aucun vice de conformation propre à favoriser la luxation en dehors. Dans ce moment, le malade voulant montrer les changemens effectués dans son membre, fit un grand mouvement du bras en avant et reproduisit la luxation. M. Lepelletier put la réduire de nouveau, seul et presque sans effort, par la manœuvre indiquée. Pour prévenir toute récidive, l'humérus fut maintenu à l'aide d'un bandage qui portait son extrémité scapulaire en avant et le coude en arrière. Des fomentations avec l'eau de Goulard furent appliquées sur l'épaule. Le bras, après avoir été tenu pendant vingt jours dans l'appareil, fut rendu par degrés à ses mouvemens. Le cinquante-quatrième jour, il était tout-à-fait dans l'état normal.

L'auteur conclut de ce fait : 1.° que la luxation en dehors peut avoir lieu sans aucun vice de conformation de l'omoplate; 2.° que les symptômes qu'il a reconnus à cette luxation, pour laquelle les auteurs ont donné des signes insuffisans, fondent un diagnostic précis ; 3.° que les principaux de ces symptômes sont, l'aplatissement peu marqué du deltoïde et le peu de saillie de l'acromion, l'alongement du membre, le rapprochement du coude vers le tronc, dans l'obliquité de l'humérus en avant, la tumeur formée par la tête de l'os, l'aplatissement de l'épaule en devant, et la saillie formée par l'apophyse coracoïde (signe qui n'a été indiqué que par Manne et par M. Sédillot); 4.° que cette luxation peut être réduite comme celle en dedans après un espace de quarante-cinq jours ; 5.° enfin que l'extension verticale semble moins applicable à cette sorte de luxation qu'aux luxations en dedans pour lesquelles M. Lepelletier dit l'avoir employée plusieurs fois sans succès, sans toutefois pouvoir tirer d'un fait unique une règle aussi générale.

Ce mémoire, d'un correspondant de l'Académie, ne peut faire l'objet d'un rapport. Il est renvoyé au comité de publication pour être inséré dans les *Fascicules*.

Séance du 18 *novembre*. — IRRITABILITÉ DU CŒUR. — M. Castel communique à l'Académie le résultat d'expériences qu'il a faites pour éclaircir ce sujet. On sait que le cœur droit meurt le dernier. Cette persistance des contractions dans cette partie droite du cœur se remarque sur les animaux soumis aux expériences, soit que cet organe soit laissé au milieu de la poitrine dans ses rapports naturels avec les vaisseaux et le sang, soit qu'il soit extrait de cette cavité et vidé de tout le sang. Contrairement à l'opinion de Haller et de Bichat, qui pensaient que le sang est l'excitant des contractions du cœur droit par l'abord du sang des veines, taudis que le cœur gauche n'en reçoit plus des poumons, M. Castel établit que cette persistance ne tient pas à l'excitation produite par le sang, puisqu'on l'observe sur un cœur extrait de la poitrine et privé de sang, mais à une plus grande irritabilité de la partie droite. Or, le principe de l'irritabilité résidant dans les nerfs, on doit présumer que cette partie reçoit plus de nerfs que la gauche. M. Castel a fait des recherches pour vérifier ce fait donné par la théorie, mais il n'est parvenu jusqu'à présent à aucun résultat satisfaisant.

— M. Roux continue la relation de son voyage. Il parle, dans cette séance, des institutions médicales d'Italie, des universités, académies, musées, hôpitaux. Les détails dans lesquels entre ce professeur, quelqu'intérêt qu'il leur donne par des rapprochemens piquans établis avec nos propres institutions, sont généralement connus. Nous ne croyons pas utile de les reproduire.

Académie royale des Sciences.

Séance du 6 octobre. — Composition de l'atmosphère. — M. Chevallier annonce qu'il a entrepris sur ce sujet un travail non terminé, mais dans lequel il a déjà obtenu les résultats suivans : 1.° en général l'air atmosphérique de Paris et de beaucoup d'autres lieux tient en dissolution de l'ammoniaque et des matières organiques. 2.° La rosée, c'est-à-dire l'eau abandonnée par l'air au moment de son refroidissement, renferme de même de l'ammoniaque et des matières organiques. 3.° Cette quantité d'ammoniaque est quelquefois considérable. 4.° La présence de cet ammoniaque s'explique facilement puisqu'il y a production de ce gaz dans une foule de circonstances. 5.° La composition de l'air atmosphérique peut varier dans quelques localités en raison d'un grand nombre de circonstances particulières, la nature du combustible employé en grandes masses, la décomposition des matières animales et végétales. C'est ainsi que l'air atmosphérique de Londres contient de l'acide sulfureux ; que l'air des égoûts contient de l'acétate et de l'hydrosulfate d'ammoniaque ; que l'air pris dans le voisinage du bassin de Montfaucon contient de l'ammoniaque et de l'hydrosulfate de la même base.

Séance du 20. — Electricité animale. — M. Donné avait présenté, il y a quelques mois, un mémoire sur l'électricité animale. M. Mateucci a répété ces expériences, et a reconnu qu'en effet, chez les animaux vivans, la peau et la membrane muqueuse de la bouche sont dans un état électrique opposé ; mais il lui a été impossible de voir rien de semblable chez ceux où la vie a été complètement éteinte ; d'où il a été porté à rejeter la théorie proposée par M. Donné, qui considère ce fait comme tenant à ce que les liquides qui enduisent une des surfaces sont acides, pendant que les autres sont alcalins. Lorsqu'on tue promptement l'animal, en le décapitant, par exemple, on reconnaît encore pendant quelque temps des traces d'électricité. Mais si on emploie pour le faire périr l'acide hydrocyanique, toute électricité disparaît. Or, les liquides n'ont pas eu le temps de s'altérer ; ils sont encore l'un acide, l'autre alcalin. Ce n'est donc point à la différence de leur nature qu'il faut rapporter le phénomène, mais à une action nerveuse. M. Donné rappelle à cette occasion que dans son mémoire il a cité des observations faites sur des animaux vingt-quatre heures après leur mort, et dans lesquels on avait reconnu, quoiqu'à un moindre degré, l'état électrique opposé des deux membranes. Il ne nie pas que l'influence nerveuse n'ait quelque part à la production du phénomène, et il ne serait pas éloigné d'ad-

mettre que chez des animaux tués par certains moyens mécaniques, cette influence ne fut encore sensible après vingt-quatre heures.

Séance du 10 *novembre.*— **Ostéogénie.**— M. Bérard jeune lit un mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec l'os. On sait que les os longs se développent par plusieurs points d'ossification distincts, un pour le corps et un ou plusieurs pour les extrémités ; on sait également que l'ossification du corps est la plus précoce ; que celle de chaque extremité d'un même os, beaucoup plus tardive que celle du corps, n'apparaît pas à la même époque aux deux bouts de celui-ci ; que l'extrémité ou épiphyse se soude entièrement avec le corps de l'os par l'ossification du cartilage qui l'en séparait, et que cette union ne se fait pas à la même époque de la vie dans les deux bouts d'un même os ; on sait enfin que les épiphyses, qui s'ossifient le plus tard, sont en général celles qui se réunissent le plus tard au corps de l'os. Si l'on fait attention aux époques où cette soudure a lieu pour les différens os, on y remarque quelques singularités dont il est d'abord difficile de se rendre raison ; ainsi, aux membres supérieurs, ce sont les extrémités des os du bras et de l'avant-bras qui se touchent à l'articulation du coude, qui se réunissent les premières aux corps des trois os longs, tandis qu'aux membres inférieurs les extrémités voisines du genou sont celles qui restent le plus longtemps séparées. C'est la cause de ces bizarreries que M. Bérard s'est occupé de rechercher et qu'il a découverte.

Les faits exposés dans son mémoire conduisent aux conséquences suivantes : 1° dans un os long qui se développe par trois points principaux d'ossification, un pour le corps, un pour chaque extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os. — 2° Dans un os long qui se développe par deux points d'ossification, un pour le corps, conjointement avec l'une des extrémités, un pour l'autre extrémité, c'est l'extrèmité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui s'ossifie conjointement avec le corps.— 3° La rapidité de la marche de l'ossification, à partir du centre d'un os long vers les extrémités, plus prononcée dans un sens que dans l'autre, est le résultat de la vitesse plus considérable du cours du sang dans la branche directe de l'artère nourricière que dans sa branche réfléchie.

Les deux premières conclusions reposent sur une disposition anatomique facile à vérifier ; la troisième est hypothétique. Mais, dit M. Bérard, le point de physiologie sur lequel elle repose sera bientôt éclairé, si j'ai réussi à appeler sur elle l'attention des savans.

Séance du 17. — **Prix de physiologie expérimentale.** — M. Magendie lit en son nom et en celui de MM. Serres, Mirbel et Blainville, les conclusions d'un rapport sur ce prix : la commission est d'avis,

1° qu'une médaille d'or de la valeur de 500 francs soit décernée à M. Mohl pour ses travaux d'anatomie et de physiologie végétale, et en particulier pour ses recherches sur la culture des palmiers; 2° qu'une somme égale soit donnée à titre d'encouragement à M. Donné, pour ses recherches sur l'électricité animale.

Prix de médecine. — La question à traiter était *l'analyse chimique des solides et des liquides dans les fièvres continues*. Les conclusions du rapport sont qu'aucun des concurrens n'a traité la question d'une manière satisfaisante : la commission pense que la question doit être retirée ou du moins modifiée.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse; par A.-C. Baudelocque, *etc.* Paris, 1834; in-8.°, pp. 575.

Dans l'appréciation des causes de la maladie scrofuleuse, M. Baudelocque s'est efforcé de mettre les résultats de l'observation directe à la place des théories et des faits incomplets ou mal observés. Il est arrivé à cette conclusion, contraire aux idées les plus généralement admises, que les causes assignées par les auteurs à cette affection ne sont point aptes à la produire, soit prises isolément, soit même réunies et agissant simultanément. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette longue discussion, qui occupe dans son livre une place proportionnée à son importance. Suivant M. Baudeloque, la cause principale et quelquefois unique des scrofules, celle que l'on doit considérer comme une condition nécessaire de leur développement, c'est la viciation de l'air. viciation qui s'opère quand l'air, soumis à la respiration, n'est pas suffisament renouvelé. Parmi les exemples extrêmement nombreux que l'auteur cite à l'appui de ses doctrines, nous indiquerons les suivans : Dans une population généralement scrofuleuse, où une partie des habitans acquit de l'aisance par son industrie, tandis que les autres restèrent en proie à la misère, on vit les premiers continuer à être infectés par les scrofules; les derniers, au contraire, eurent des enfans vigoureux et sains. Cependant ces derniers avaient contre eux l'hérédité, la mauvaise alimentation, l'intempérie des saisons, l'humidité, la fatigue, etc., etc; mais ils passaient toutes leurs journées en plein air, soit pour travailler aux champs, soit pour chercher dans la terre leur grossière nourriture. Leurs concitoyens réunissaient toutes les conditions de salubrité : vêtemens, nourriture saine et abondante, aisance, etc.,

etc.; mais ils travaillaient tout le jour dans des ateliers où l'air ne se renouvelait point. Le fait suivant est très-remarquable : Un enfant de 10 ans, issu de parens sains, quoique entouré de toutes les conditions les plus favorables au maintien de la santé, portait, autour du cou, plusieurs engorgemens scrofuleux et deux ulcères fistuleux. Son état s'améliorait très-lentement, malgré le traitement le mieux entendu. M. Baudelocque découvrit enfin qu'il avait la mauvaise habitude de dormir la tête cachée sous les couvertures, où il avait quelquefois failli périr asphyxié. Du moment où cet enfant fut surveillé pendant la nuit, la guérison fit des progrès rapides. — Dans tout ce chapitre, l'auteur accumule les faits et les présente de manière à entraîner la conviction.

On pressent la théorie de l'auteur : partant de la viciation de l'hématose, il explique ingénieusement les divers phénomènes que présente la maladie scrofuleuse dans son développement, dans sa marche, dans ses rechutes, dans ses terminaisons, etc. Cette partie n'occupe que peu de place dans l'ouvrage. Quelque prudent que l'auteur s'y montre, nous croyons cependant qu'il s'est encore trop hasardé; mais ce n'est pas le point qui doit offrir le plus d'intérêt aux lecteurs.

Quant au traitement, la première condition de succès, et cela découle de tout ce qui précède cette troisième partie, consiste à faire respirer au malade un air pur et facilement renouvelé.—L'*iode* étant le plus important de tous les médicamens qui ont été employés contre les scrofules, l'auteur l'a expérimenté avec un soin tout particulier. Il l'a employé à l'intérieur et à l'extérieur, soit sous forme de pommades, de bains, soit sous forme d'injections, et il est arrivé à des résultats tout-à-fait favorables à l'emploi de cet agent thérapeutique. Il n'en est point ainsi de la même substance prise en inspirations; ses effets ont été nuls ou nuisibles, suivant la dose employée. Toutefois le traitement des scrofules par l'iode exige un certain nombre de précautions. M. Baudelocque se livre, à ce sujet, à des considérations d'un grand intérêt. Aussi ce chapitre ne peut-il être brièvement analysé; il doit être lu avec attention par les praticiens. Une forte raison d'ailleurs pour en recommander la lecture, c'est qu'il renferme toute la pathologie des scrofules et une collection de faits intéressans. Après avoir parlé de l'*iode*, l'auteur passe en revue les médicamens suivans : l'*hydrochlorate de cuivre ammoniacal* est plus dangereux qu'utile; le *charbon animal* ne possède aucune vertu thérapeutique; Le *sulfure noir de mercure* est peu efficace; le *sous-carbonate de potasse* n'offre d'avantages qu'employé à l'extérieur; l'*hydrochlorate de baryte*, loin de mériter les reproches qu'on lui a adressé, est, au contraire, un médicament précieux contre les scrofules; *les vomitifs*, les *purgatifs* et les *exutoires*, peuvent avoir de

bons effets dans certains cas que l'auteur précise; les *émissions sanguines* doivent être ménagées ; enfin, la *décoction de feuilles de noyer* n'est qu'indiquée d'après un médecin de Chambéry.

On pourrait reprocher à M. Baudeloque d'avoir un style un peu diffus ; on pourrait encore lui reprocher, certainement à plus juste titre, un très-petit nombre de phrases comme celle-ci : *La fièvre a-t-elle été suscitée par la nature pour opérer l'élaboration, l'assimilation ou l'expulsion du pus*, etc. Le mot *nature*, pris dans cette acception, doit être retranché du langage médical. Mais ce qui rend cet ouvrage précieux pour un grand nombre de médecins, c'est qu'on y trouve tous les détails qu'un praticien puisse désirer, tant sur le mode d'application et les doses des médicamens, que sur toutes les autres circonstances du traitement de la maladie scrofuleuse.

La lettre sur la *teigne faveuse*, qui termine le volume, n'est que la réimpression d'un mémoire déjà publié.

Sur la pathogénie de quelques affections de l'axe cérébro-spinal, etc. ; choix d'observations prises dans l'hôpital de Bordeaux ; par L. Maximilien Rey. Dissert. inaug. Paris, 1834 ; in-4.°

Après des considérations assez vagues sur l'anatomie générale et la physiologie de l'axe cérébro-spinal, dans lesquelles l'auteur attribue au génie de M. Serres (p. 18), l'application d'une observation d'embryogénie, que Hervey, Wolf, Oken, Meckel, Doellinger, les frères Wenzel, et Tiedemann surtout, avaient faite long-temps avant lui, M. R. rapporte plusieurs observations dont aucune, à notre avis, ne fournit de nouvelles lumières sur la pathogénie des affections cérébro-spinales. — La première a pour sujet l'histoire de deux frères jumeaux chez lesquels existe identité de conformation extérieure, de mœurs, de penchans, d'impressionabilité aux mêmes agens extérieurs, etc., ce qui doit dépendre, suivant M. Rey, d'une identité parfaite dans l'organisation de chacun d'eux : conclusion toute naturelle, comme on le voit. — La seconde observation est relative à un noyé, chez lequel la mort paraît avoir été causée par le passage des alimens dans la trachée-artère et les bronches. — Le troisième fait est un exemple d'agénésie cérébrale, comme on en voit tant à Bicêtre et à la Salpêtrière. Le sujet de l'observation, qui jouit encore d'une parfaite santé, est idiot. L'auteur aurait dû consulter le mémoire intéressant de MM. Cazauvielh et Boncher, sur cette affection congénitale. Dans la quatrième observation, on voit un exemple d'inflammation et de nécrose partielle des os de l'oreille, à la suite d'une contusion de la région temporale : c'est par erreur que M. Rey cite l'otorrhée au nombre des symptômes qui se sont manifestés, car si l'on a trouvé du pus

dans le conduit auditif, il n'est aucunement mention, dans l'observation, d'écoulement puriforme par l'oreille pendant la vie. — Dans une cinquième, on voit un tremblement spasmodique des membres, de la tête et de la langue chez un individu dont le cerveau était sain, et qui avait une altération de quelques-uns des os de la face et de la base du crâne. M. Rey rencontra chez ce sujet des plaques cartilagineuses de l'arachnoïde spinale, altération, dit-il (p. 40), que les auteurs n'ont point décrite. Cette assertion pourrait faire penser que M. R. n'a pas beaucoup lu, car s'il eût parcouru l'ouvrage du docteur Ollivier (d'Angers), sur les maladies de la moelle épinière, il y eût trouvé un chapitre consacré à la description de ces productions cartilagineuses.

Une observation de tubercule dans le cerveau, une autre d'apoplexie méningée, une autre d'hémorrhagie cérébrale, que l'auteur attribue à la rupture des vaisseaux cérébraux, quoiqu'ils n'aient pas été trouvés rompus, deux autres cas d'hémorrhagie cérébrale, sont ensuite rapportés par M. Rey. Cette thèse contient deux exemples remarquables de paraplégie due à la présence d'esquilles qui traversaient la dure-mère et la moelle. Il eût été à désirer qu'on déterminât avec plus de précision de quel point ces esquilles étaient détachées; car, d'après leur description et les figures, il est probable qu'elles étaient, non pas à proprement parler des esquilles détachées du corps des vertèbres, mais bien des concrétions osseuses développées en dehors des membranes de la moelle. Une autre observation est relative à un cas de myélite consécutive à une carie vertébrale. Enfin, un exemple de tumeur enkystée du cou, et une observation d'empalement par le vagin, suivi de guérison, terminent cette dissertation. Ainsi que nous l'avons dit en commençant, ces différens faits n'apprennent rien qu'on ne sut déjà sur les maladies de l'appareil nerveux cérébro-rachidien : nous eussions voulu trouver plus de précision dans l'exposé des symptômes et des altérations morbides, et moins de prolixité dans les réflexions qui suivent chaque observation. On reconnaît dans l'auteur un élève formé à l'Ecole de Montpellier, qui a le tort de vouloir tout expliquer, et pourtant l'expérience montre tous les jours combien il faut être sobre d'interprétations dans l'étude des phénomènes physiologiques et pathologiques.

Traité Médico-chirurgical des maladies des organes de la voix, ou Recherches théoriques et pratiques sur la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de l'appareil vocal; par Colombat, *de l'Isère.* Paris, 1834. In-8.° avec planches, pp. 400.

M. Colombat a cherché à faire un livre qui put convenir à-la-fois aux médecins et aux gens du monde; et il lui est arrivé ce qui arrive

presque toujours en pareil cas, c'est que son ouvrage ne peut être que d'une utilité très-bornée pour les uns et pour les autres. La plupart des notions qui y sont consignées sont beaucoup trop élémentaires pour attirer l'attention des hommes de l'art; et quelque simple et clair qu'en soit le style, il est presque toujours hors de la portée des lecteurs qui ne sont pas très-versés dans la connaissance anatomique des organes compliqués de la voix. M. Colombat, rejetant les opinions des physiologistes qui considèrent l'organe vocal, soit comme un instrument à vent, soit comme un instrument à cordes, etc., etc., se borne à reconnaître qu'on ne peut encore point se prononcer sur ce sujet. Ses idées sur la formation du *faucet* (M. Colombat écrit ce mot par un *c*, et le dérive du latin *fauces*) sont ingénieuses; mais nous n'avons rien vu, dans ce chapitre, qui prouvât que la glotte cessé alors, en effet, de servir à la production du son, et que cet office est rempli exclusivement par la contraction des parties musculaires de l'arrière-bouche, d'où résulterait *une espèce de glotte supérieure*. Cette opinion, quoi qu'en dise l'auteur, semble calquée sur celle du docteur Bennati. C'est surtout dans la partie médico-chirurgicale de ce livre que l'on reconnaît l'intention de faire un ouvrage de médecine pour les gens du monde; aussi sera-t-il, sans aucun doute, plus profitable à son auteur qu'à la science.

Philosophie thérapeutique médico-chirurgicale, ou la physiologie, la pathologie; l'anatomie pathologique et la thérapeutique, éclairées par les lois de l'anatomie transcendante; par E. G. PATRIX, *docteur en médecine, etc.* Paris, 1834; in-8.°, p. 332, avec 3 pl.

M. Patrix nous offre un système de médecine-pratique, fondé sur l'ordre de développement des principaux appareils de l'économie animale, pendant l'évolution du fœtus. Ainsi, dans l'embryon, l'appareil nerveux se manifeste d'abord, puis l'appareil de la circulation, puis les organes de sécrétion; voilà la *loi organique*. Eh bien! les maladies, suivant une marche analogue à celle du développement du fœtus, envahissent d'abord l'appareil nerveux, puis le circulatoire, etc.; de là, stade nerveux ou frisson, stade de réaction et enfin stade de sueur, d'élimination. Voilà la *loi pathologique*, expression qui, dans cet ouvrage, est synonyme de *maladie*. Il n'est pas nécessaire d'ajouter à ce qui précède, que l'accès de fièvre intermittente est *le type le plus naturel* de la *loi pathologique*; qu'il faut diriger le traitement de manière à faire parcourir à la *loi pathologique* les phases par lesquelles elle doit naturellement passer; qu'en conséquence de ce principe, un bain tiède serait un contre-sens dans le stade de frisson d'un accès fébrile, puisque sa place se trouve natu-

rellement au stade d'humidité, etc, etc. Tout ceci, avec les développemens suffisans pour former un volume de plus de 300 pages, s'appelle *éclairer la médecine hippocratique du flambeau de l'anatomie embryonnaire.*

Des aliénés. Considérations, 1.° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessite d'en créer de nouvelles en France, et sur le mode de construction à préférer pour ces maisons ; 2.° sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis ; 3.° sur quelques questions de médecine-légale ou de législation relatives à leur état civil ; par G. Ferrus, *médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. Paris*, 1834, *in*-8.°, *pp.* 319, *avec pl. et tabl. Chez madame Huzard.* (Imprimé par ordre du Conseil-général des hôpitaux et hospices de Paris. — Se vend au profit des pauvres).

S'il est une maladie à laquelle la société toute entière doive intérêt et appui, c'est sans contredit l'aliénation mentale, produit affligeant de la civilisation et qui s'est augmenté avec elle. On sait à quel état de dégradation, à quels horribles traitemens étaient naguères encore exposés les aliénés, chez les nations même les plus policées. On connaît aussi toutes les améliorations apportées généralement dans le régime et le traitement de ces malheureux depuis l'impulsion puissante donnée par Pinel à l'étude des aliénations mentales, et si heureusement continuée par M. Esquirol. Mais quelque zèle qu'aient montré ces deux hommes célèbres, auxquels l'humanité devra une grande reconnaissance, toutes les réformes ne pouvaient pas se faire aussi promptement qu'ils en eurent démontré la nécessité : trop d'obstacles matériels s'y opposaient, sans compter ceux de toutes sortes qui existent ou naissent sans cesse. M. Ferrus aura la gloire de n'avoir pas laissé se ralentir une impulsion qui demande à être incessamment entretenue pour vaincre toutes les difficultés. Placé à la tête d'un des principaux établissemens de la France, il a su mettre à profit son heureuse position, et la faire tourner à l'avantage de la science et de l'humanité, soit en facilitant l'étude des maladies mentales par l'ouverture de cours de clinique dont les élèves étaient privés depuis l'époque où florissait Pinel, et depuis l'interruption de ceux de M. Esquirol, soit en provoquant de continuelles améliorations dans le service des aliénés de Bicêtre, si mal organisé jadis, et qui présente aujourd'hui un aspect si différent.

L'ouvrage que nous annonçons, et dont le titre seul peut donner une idée à défaut de l'analyse qu'il serait difficile d'en faire, est une preuve de l'activité et du zèle éclairé qu'apporte M. Ferrus dans l'étude des déplorables infirmités au soulagement desquelles il s'est voué. Com-

posé à la suite d'un voyage entrepris par l'auteur en Angleterre, à l'invitation du conseil d'administration des hospices de Paris, c'est le rapport qu'il fit au conseil sur les résultats de ce voyage. On y lira avec intérêt les observations qui y sont consignées sur la disposition et la direction des maisons d'aliénés en Angleterre, comparées à celles de France, et sur lesquelles nous ne possédions pas de notions aussi complètes. On y verra, surtout, avec un vif sentiment de satisfaction, le détail de toutes les améliorations successives exécutées dans le service des aliénés de Bicêtre, auxquelles M. Ferrus n'a pas eu la moindre part dans ces derniers temps. L'auteur étant ici sur son propre terrain, a pu et dû donner plus d'extension à ses réflexions. Il signale tous les bienfaits qu'a produits le travail sagement ordonné dans le traitement de l'aliénation mentale, et montre tout le parti qu'on pourrait en tirer si l'on pouvait en régulariser et en étendre l'application. Une heureuse expérience en a déjà démontré toute l'influence sur les aliénés en convalescence; c'est celle qu'on a acquise dans la ferme de Sainte-Anne, placée près de la barrière de la Santé, et qui depuis quelque temps est destinée à recevoir les convalescens de Bicêtre. « Tout, dit M. Ferrus, peut nous faire espérer les plus heureux résultats de cet important essai qui, pendant la saison qui vient de s'écouler, a pris un développement rapide. Des mouvemens de terre considérables, la parfaite culture de cette ferme, une blanchisserie de toile en pleine activité, peuvent prouver de quoi sont capables, en les conduisant avec douceur, ces hommes que l'on abandonnait naguère au désordre et à l'oisiveté. »

M. Ferrus a joint à son ouvrage le plan et le projet d'une vaste maison consacrée aux aliénés, qui fut sur le point d'être établie par une société de capitalistes en 1829, et dont la direction devait lui être confiée. Rien ne paraît mieux combiné que les diverses parties de ce plan dressé sur les conseils de l'auteur, et l'on doit vivement regretter qu'il n'ait pas été exécuté : Paris eut pu offrir une maison véritable modèle de ce qu'exige le traitement de l'aliénation mentale; et les familles qui ne peuvent payer qu'une pension médiocre auraient trouvé dans cet asyle toutes les conditions qu'on ne peut guères espérer de rencontrer que dans les maisons de santé consacrées aux classes opulentes de la société.

Cet ouvrage, dans lequel sont traitées la plupart des questions d'hygiène publique qui concernent les aliénés, est terminé par un projet d'articles pour fixer l'état légal de ces malades, point de législation sur lequel on appelle depuis long-temps une réforme nécessaire. Ce projet, dû à M. Breton, ancien membre du conseil d'administration des hôpitaux, sera nécessairement consulté, lorsqu'on entreprendra d'établir sur des bases convenables la législation des aliénés, si en arrière des progrès de la science et des institutions politiques de notre époque.

De la stupidité considérée chez les aliénés; par G. F. Etoc-Demazy. Paris, 1833. 62 pages in-4.°

La stupidité n'est pas un genre particulier d'aliénation mentale; c'est une complication de la manie et de la monomanie. Les lésions anatomiques constantes de cette complication sont l'œdème des hémisphères cérébraux, l'aplatissement des circonvolutions et la tension de la dure-mère. Les symptômes sont produits en général par la compression des hémisphères infiltrés. Le traitement est nécessairement incomplet; une seule indication se présente à remplir : Faire disparaître par l'absorption la sérosité inter-moléculaire. Telle est, en quelques lignes, la substance de la thèse de M. Etoc-Demazy. Ce médecin appuie sa théorie sur dix faits, dont quatre seulement sont terminés par l'autopsie cadavérique.

Outre qu'un si petit nombre de faits n'est pas suffisant pour permettre une telle généralisation, la conclusion de l'auteur est loin d'être admissible d'après les observations d'où il l'a tirée, puisque la stupidité n'était pas le seul phénomène morbide offert par les sujets qu'il a ouverts. Ainsi, dans l'observation septième, il y avait *délire maniaque, hallucinations*, etc; dans l'observation huitième, il y avait *manie, hallucinations*, etc. Dans ces cas, l'autopsie démontre, il est vrai, une infiltration séreuse des hémisphères cérébraux, etc.; mais, si à la stupidité, qui n'est qu'une complication de l'affection mentale, on rattache toute la lésion anatomique appréciable, que restera-t-il pour la maladie principale? Qui prouve que cet œdème n'existait point avant l'apparition de la stupidité qui n'est qu'un des derniers phénomènes de la maladie?

Quoi qu'il en soit de ces idées théoriques, qui sont du reste présentées d'une manière fort spécieuse, la thèse de M. Etoc-Demazy offre de l'intérêt et se lit vec plaisir. On ne peut que l'engager à continuer ses recherches. Son histoire de la stupidité chez les aliénés, tracée d'après l'observation, est peut-être la plus complète qui ait été publiée jusqu'à présent.

Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, ou recherches sur le physique et le moral, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savans, hommes d'état, jurisconsultes, administrateurs, etc.; par J. H. Réveillé-Parise, *D. M.*, *etc.* Paris, 1834; 2 vol. in-8.°

Tissot disait dans la préface de son *Traité de la santé des gens de lettres*; « Quoiqu'on ait déjà un grand nombre d'ouvrages sur la santé des gens de lettres, j'ose dire que la matière était presqu'encore toute

neuve, et je souhaite que les bons juges ne la trouvent plus tout-à-fait telle après avoir lu cette dissertation. » Si le vœu de Tissot n'a peut-être pas été rempli à l'époque où parut son faible opuscule, quelle lacune ne doit-il pas nous présenter aujourd'hui que les études physiologiques sont cultivées généralement avec plus de sévérité. Aucun ouvrage cependant n'avait remplacé celui du médecin suisse. Il appartenait à l'un des médecins les plus distingués de notre époque, qui, artiste lui-même, pouvait mieux que personne comprendre et analyser la constitution de l'artiste, de tracer l'histoire de cette variété d'hommes à part, qui vivent principalement de la vie intellectuelle, de poser les règles hygiéniques que l'expérience et le raisonnement peuvent dicter pour diriger un organisme qu'on peut encore considérer comme exceptionnel, au milieu de la masse d'individus entièrement livrés aux occupations de la vie matérielle. « Cet ouvrage est, dit l'auteur, le fruit de près de quinze ans d'études, de recherches et d'observations médicales et philosophiques.... Ne voulant prendre pour guides que les faits et leurs conséquences, j'ai consulté avec soin la plupart des biographies anciennes et modernes, une foule de mémoires authentiques, et surtout un grand nombre de recueils de lettres, de correspondances des hommes les plus célèbres dans tous les genres, etc. » Cette méthode était certainement la seule qui pût conduire à une physiologie positive, à une hygiène rigoureuse, et après la lecture des volumes peu considérables de M. Reveillé-Parise, où à côté de développemens scientifiques, se trouvent rassemblés, avec une si élégante précision tant de faits curieux, tant d'anecdotes piquantes qui révèlent toute la constitution physique et morale des gens de lettres et des artistes, on ne s'étonnera pas de ces quinze années consacrées à ce beau travail. Le livre de M. Réveillé-Parise restera comme un œuvre de haute physiologie et de belle littérature, de science et de goût à la fois.

Mémoires divers, *par le professeur* Georges Regnoli.

1.° *Sopra un' abbondante emorragia a cui sappraggiunsero singulari sconcerti*, etc. Pesara, 1824. — Un professeur, âgé de 46 ans, hypochondriaque, se fit trois incisions, l'une au cou qui intéressait les troncs des deux artères thyroïdiennes gauches ; la seconde au pli du bras droit, qui n'intéressait que la peau, et la troisième au pli du bras gauche. Cette dernière était très-profonde ; l'artère brachiale était divisée. L'hémorrhagie fut immense. L'écoulement de sang s'arrêta spontanément. Le malade était froid comme un cadavre, dont il avait tous les traits et la couleur. Le pouls était insensible sur le trajet de toutes les artères. Cependant le malade avait toute sa connaissance, et reçut les sacremens avec beaucoup de dévotion. Peu-

à-peu son esprit devint confus, il fut pris d'hémiplégie à droite, puis de fièvre qui s'éleva à un grand degré de violence, et mourut. On voit ici la circulation se faire d'une manière si courte, qu'elle est inappréciable pour l'observateur. Mais ce qui fixe principalement l'attention de l'auteur, ce sont l'hémiplégie et la fièvre après une telle hémorrhagie.

2.° *Sul metodo vagino-vescicale per l'estrazione della pietra*, etc. Pesaro, 1824. — Le docteur Regnoli préconise la méthode vagino-vésicale pour l'extraction de la pierre, et cite à l'appui deux cas qui se sont terminés par une guérison rapide, malgré quelques circonstances défavorables.

3.° *Istoria e riflessioni pathologico-cliniche intorno un aneurisma popliteo curata coll' allacciatura delle arterie crurale ed iliaca esterna*, etc. Pisa, 1833. — La gangrène s'empara du membre, et le malade mourut.

4.° *Istoria e Riflessioni sopra un' operazione d'ernia*, etc. Pesaro, 1831. — Le malade guérit, et l'auteur attribue la guérison, d'abord à l'opération qui fit cesser l'étranglement, et ensuite au traitement consécutif : le malade fut saigné quatre fois et eut 416 sangsues; on lui tira environ quinze livres de sang, du 26 mai au 14 juin.

5.° *Memoria sopra un' operazione di laringo-tracheotomia.* (Extr. du *Nuovo Mercurio delle scienze mediche di Livorno.* — Rétrécissement ou occlusion de la glotte, à la suite d'une inflammation chronique de l'arrière-bouche; suffocation imminente; trachéotomie; guérison, avec plaie fistuleuse du cou servant à la respiration. Le malade était âgé de 46 ans.

6.° *Dell' amputazione di una portione di mascella inferiore per epulide cancerosa ed osteo-sarcoma, e di un' operazione di tracheotomia*, etc. Pesaro, 1826.

7.° *Intorno l'amputazione di quasi la metà della mascella inferiore*, etc. Pisa, 1834.

8.° *Sulla extirpazione delle intere arcate alveolari della superiore ed inferiore mascella per osteo-sarcoma*, etc. Pesaro, 1825.

9.° *Memoria intorno l'asportazione di gran parte dell' ossa mascellare superiore dester per osteo-sarcoma.*

10.° *Sulla extirpazione di un osteo-sarcoma degli ossi mascellari superiori*, etc. Pisa, 1831.

11.° *Della estirpatione della maggior parte del palato osseo, del setto delle narici, e di una porzione delle apofisi alveolari degli ossi mascellari superiori*, etc.

12.° *Sulla estirpazione della quasi totalità dell' osso mascellare superiore sinistra per osteo-sarcoma*, etc. Pisa, 1832. — Chacun des sept derniers mémoires renferme une observation où l'on voit le professeur Regnoli emporter avec autant de hardiesse que de bonheur

des portions osseuses étendues affectées de cancer, et arracher ainsi ses malades à une mort certaine. Ces faits sont importans sous le point de vue pratique ; ils peuvent servir aussi à l'histoire du cancer des os, et, en particulier, des os de la face. La dernière opération seule est terminée par la mort de l'opérée ; elle offre en outre plusieurs circonstances dignes d'attention. La malade était enceinte ; l'affection cancéreuse avait fait tant de progrès, que le docteur Regnoli crut devoir opérer sans attendre l'accouchement, et fut obligé d'emporter la presque totalité de l'os maxillaire supérieur gauche. L'opération fut suivie de symptômes peu graves, la plaie se cicatrisa presque entièrement. Mais il survint un érysipèle et des accidens graves qui n'avaient pu être prévus, et qui ne dépendaient en rien de l'opération. Aussi le docteur Regnoli regarde-t-il ce fait, quoique malheureux, comme propre à encourager les chirurgiens à emporter l'os maxillaire supérieur lorsqu'il est affecté d'ostéo-sarcome.

A Treatise on those disorders of the brain and nervous system, which are usually considered and called mental, ou Traité sur les maladies du cerveau et du système nerveux, ordinairement appelées *mentales*; par le docteur Uwins. Londres, 1833. In-8.°, 230 pages.

Voici un ouvrage nouveau, mais non pas un ouvrage neuf ; aussi, n'entreprendrai-je pas d'en donner une analyse complète ; je me bornerai à indiquer quelques points sur lesquels l'auteur s'appesantit particulièrement. Dans le chapitre où il est question des divers caractères de l'aliénation mentale, il cite plusieurs observations curieuses d'idiotie partielle, c'est-à-dire, d'inaptitude absolue pour certaines sciences ou pour certaines espèces de relations sociales, chez des individus pourvus d'ailleurs d'un mérite incontestable sous une foule de rapports. Il examine également les cas plus rares où, par le fait de l'éducation ou autrement, une faculté unique a pris un développement excessif, tandis que toutes les autres sont restées dans un état voisin de l'imbécillité. Mais il n'a peut-être pas assez fait sentir que la première de ces deux dispositions donne à celui qui en est pourvu une simple teinte d'originalité, tandis que la seconde est une cause efficace de folie. En effet, les cerveaux bien équilibrés, quelle que soit d'ailleurs leur force ou leur faiblesse totale, sont ceux dont la santé se soutient le mieux ; il semble qu'alors les divers organes cérébraux se servent réciproquement de dérivatifs. Parmi les causes efficientes des vésanies, M. Uwins cite comme tous ceux qui l'ont précédé, l'ivrognerie et la débauche ; mais, suivant lui, ces deux causes agissent bien moins par leur influence directe et purement physique sur le cerveau que par le sentiment de dégradation qui en est le résultat inévitable. Il regarde encore, et ce me semble

avec beaucoup de raison, comme un des agens les plus directs de la folie, le sentiment pénible et continuel qu'éprouve un homme qui ne se sent pas apprécié à sa juste valeur. Ce sentiment est familier aux hommes instruits que leur profession exile au milieu de paysans peu capables de les juger; et c'est à lui que l'auteur rapporte la fréquence de l'aliénation mentale chez les ministres du culte. Je me permettrai d'ajouter que l'isolément, et l'ascendant graduel que prend en pareil cas une série unique d'idées, n'agissent pas avec moins d'énergie que le sentiment blessé de la justice et de l'estime de soi.

La théorie qui présente la folie comme un résultat immédiat de l'inflammation aiguë ou chronique, et même de la sub-inflammation du cerveau, ne paraît pas fondée à M. Uwins. Nos songes, dit-il, seraient donc une inflammation? Car rien au monde n'approche plus de la folie que le délire des rêves. D'ailleurs il n'a jamais pu sentir, avec les phrénologistes, chez les monomaniaques, ce développement de chaleur insolite qu'ils croient trouver dans le point du cuir-chevelu correspondant à l'organe sur-excité. Aussi compte-t-il peu sur les applications de sangsues que quelques médecins ont récemment beaucoup vantées. A son avis, le meilleur traitement préservatif est une éducation dirigée d'après les principes phrénologiques, c'est-à-dire, développant tous les organes d'une manière aussi uniforme que possible, laissant dans l'inaction ceux qui paraissent devoir acquérir une prédominance trop marquée, activant sans les violenter, ceux qui semblent disposés à rester en arrière. Quant au traitement curatif, M. Uwins présente peu d'idées nouvelles: l'opium est à son avis le spécifique du *delirium tremens*; dans la folie puerpérale, il recommande les lotions froides sur la tête, faites, soit avec le *gin* (espèce d'eau-de-vie), soit avec l'acétate d'ammoniaque, l'éther sulfurique, etc.; il préfère ces lotions aux ventouses. Sur les questions de l'isolement des aliénés, de la tenue intérieure des maisons où ils sont reçus, enfin du traitement moral qu'on leur fait subir, il paraît avoir adopté les idées de M. Esquirol. Il est toutefois assez singulier qu'il n'ait pas cité une seule fois le nom de ce savant professeur, et qu'il n'ait pas fait la moindre allusion à ses travaux. En somme, cet ouvrage n'est point destiné à faire marcher la science, il est plutôt du nombre de ceux qui n'ont pour but que de prouver que leur auteur n'est point étranger à la spécialité qu'il exerce, et de répandre dans le public des idées saines à la place des préjugés qu'il conserve encore. L'auteur est donc en droit de dire avec Ovide:

Da veniam scriptis quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.

C......

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1834.

Notice sur quelques accidens de la vaccine, ou esquisse historique d'une épidémie de variole, de varicelle et de varioloïde, dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations de 1833; observée dans Bergerac (Dordogne) et ses environs, par le docteur* RENNES, *agrégé libre à la Faculté de Strasbourg, ancien médecin militaire.

Lorsqu'on se reporte par la pensée à l'époque de la découverte de la vaccine, on la voit combattue, dès son introduction dans la pratique médicale, par des médecins d'un grand nom, qui, bien qu'observant de bonne foi et avec le désir d'arriver à des résultats favorables, eurent le malheur de se rencontrer dans des foyers d'épidémie qui exerçaient une influence fâcheuse sur le développement et la marche naturelle de la vaccine. Il n'est pas étonnant que les mêmes opinions qui s'établirent alors, se reproduisent aujourd'hui dans des circonstances analogues. Rappelons succinctement les faits, et nous reconnaîtrons leur conformité avec ceux qui viennent de se présenter dans nos contrées, à l'occasion de la coïncidence d'une éruption varioliforme avec la fièvre de la vaccine.

Que voyons-nous en effet? Jenner propageant sa décou-

verte dans le Berckley, semble favorisé par la circonstance : partout la vaccine prospère entre ses mains. Il la transmet vierge, pour ainsi dire, et exempte d'accidens, aux médecins de Londres et de Genève. Ceux-ci, moins heureux, la voient se compliquer fréquemment d'éruptions anomales qui en altèrent les formes régulières. Jenner lui-même s'en étonne, et attribue ces accidens, ainsi qu'on l'a fait de nos jours, au mélange du pus vaccinique avec d'autres virus. Mais Voodwille reconnut et démontra, par sa propre expérience, que le vaccin le plus pur amène souvent à sa suite des exanthèmes pustuleux, quand on l'inocule dans un hôpital de variolés ou dans certaines épidémies varioliques. La chose fut mise hors de doute lorsque le vaccin, qui à Londres avait produit des éruptions anomales, inoculé par Jenner dans le Glocester, s'y montra de nouveau dans toute sa régularité primitive, et purifié en quelque sorte des miasmes qui l'infectaient.

Heureusement que dans les premières années de ce siècle les épidémies de variole, devenues moins graves et moins fréquentes, ont permis que l'innocuité de la vaccine et sa puissance préservatrice se soient manifestées à tous les yeux. Il semblait même qu'on fût en droit de prévoir la destruction complète de la variole sous l'influence de la vaccine, quand éclata l'épidémie si générale et si funeste qui parcourut la France en 1825, 26, 27 et 28, et dont les variolés que nous avons observés dans plusieurs contrées du Midi, pendant le cours de l'année dernière, paraissent être la continuation.

Cette dernière épidémie qui se rapporte sans doute, comme le pense le docteur Albers, à une espèce de variole différente de celles que nous observions communément jusqu'alors, cette dernière épidémie semble avoir modifié les faits ; de telle sorte qu'au lieu de trouver à grande peine, comme autrefois, quelques exemples de variole échappée à l'action préservatrice de la vaccine, tout médecin de bonne

foi avouera que les faits de ce genre se multiplient chaque année d'une manière inquiétante pour l'avenir de la vaccine, si l'on s'obstine à les nier plutôt que de les expliquer, ce que me paraît avoir fait assez heureusement le docteur Albers, en distinguant la variole qu'il appelle *lymphatique* de la variole *purulente*, la seule décrite par les auteurs (1).

Il faut bien reconnaître aussi que la varioloïde, forme nouvelle de la maladie, indépendante de la vaccine avec laquelle elle marche, et de la petite-vérole dont elle ne préserve pas, a pu altérer la confiance des gens du monde, ébranler même quelques convictions médicales, et jeter dans la pratique de la vaccine un refroidissement que je considère comme extrêmement funeste, et contre lequel tout médecin éclairé doit s'élever avec chaleur, quelle que soit d'ailleurs son opinion sur le degré d'infaillibilité de la vaccine.

Mon premier but, en recueillant quelques-unes des notes et des observations que je livre à la publicité, avait été de répondre, en temps utile, à un article de la *Gazette médicale* du 15 septembre 1833, qui annonçait, sur la foi d'un correspondant, « que les nombreuses varioloïdes qui affligeaient Bergerac et ses environs, avaient été importées dans cette ville par du vaccin envoyé de Bordeaux, et qui, ayant été pris sans doute sur quelque sujet atteint lui-même de variole ou de varioloïde, transmettait en même temps l'une ou l'autre de ces affections. Aujourd'hui que l'épidémie est terminée, et qu'une autre année s'est écoulée depuis la cessation de l'épidémie, je suis à même d'établir mon opinion contraire à l'assertion précédente sur des faits plus nombreux et plus complets.

(1) Voyez *Essai sur la nature de la variole et ses rapports avec la vaccine*; par J. Ch. Albers. Berlin, 1831.

Voici l'histoire de l'épidémie considérée dans ses rapports avec la vaccine :

Dans les premiers jours du printemps de 1833, la petite-vérole ou la varioloïde s'étaient déjà montrées à Bordeaux, lorsque les médecins de cette ville commencèrent de vacciner dans les premiers jours du mois de mai. Ces vaccinations furent suivies, chez tous ou presque tous les individus, d'une éruption secondaire, survenant du neuvième au dixième jour, quelquefois un peu plus tôt ; éruption le plus souvent légère, et bornée à quelques boutons sur les bras et sur le corps, mais d'autres fois accompagnée d'accidens assez graves, tels qu'une forte fièvre, de nombreuses pustules, une inflammation phlegmoneuse des bras, des ulcérations plus ou moins étendues et plus ou moins profondes. Cette circonstance ne ralentit pas d'abord le zèle des médecins, qui plus tard se virent forcés, par la clameur publique, d'interrompre le cours des vaccinations.

Avant cette époque, du vaccin expédié de Bordeaux dans diverses localités environnantes, y avait été la cause d'accidens analogues. M. Ferrier la signala un des premiers dans le *Bulletin de Thérapeutique*, du 15 du mois d'août, comme les ayant observés dans presque toutes les vaccinations qu'il avait pratiquées à Trompeloup. M. Lanelongue, à Saint-Martial, vaccina du 13 mai au 13 juin soixante-dix individus, sur lesquels cinquante-cinq furent pris de varicelle ou de varioloïde.

A Libourne, au rapport du docteur Moyne (*Bulletin médical de Bordeaux*), la varioloïde a marché avec la pustule vaccinale chez tous les enfans vaccinés en mai, juin et juillet. Les mêmes phénomènes ont été observés dans notre département sur tout le littoral de la Dordogne et particulièrement dans notre ville où il m'a été facile d'en suivre l'origine et le développement.

Ainsi, à Bergerac, le vaccin envoyé de Périgueux par le préfet n'ayant pu transmettre la vaccine, malgré plusieurs

tentatives, M. Vizerie, médecin vaccinateur de l'arrondissement, en fit venir de Bordeaux, et commença de l'inoculer dans la première semaine de juin. Ce vaccin, communiqué à plusieurs enfans en bas-âge, détermina de prime-abord, et constamment depuis, un nombre de pustules toujours égal à celui des piqûres. Le développement du bouton était en général un peu plus rapide que les années précédentes : il était plus large, plus plat, plus terne et plus opaque. Quand il était ouvert avec la lancette, il ne laissait écouler que très-peu de liquide, et celui-ci ne se renouvelait que très-lentement. L'auréole était plus enflammée. La fièvre vaccinale, qui se déclarait du 6.e au 7.e jour, était ordinairement forte : elle durait trois jours et était suivie de l'éruption de petits boutons rouges, coniques, qui apparaissaient d'abord sur les bras, gros comme des grains de millet, autour des pustules vaccinales. D'autres boutons semblables se prononçaient bientôt sur les autres parties du corps, et s'y développaient en 24 ou 48 heures, avec l'apparence tantôt de la varicelle, tantôt de la varioloïde. Les croûtes tardaient peu à se former et tombaient assez promptement, ne laissant jamais après elles de traces profondes, et disparaissant bientôt complètement, quel qu'eût été le nombre des pustules ou leur degré de développement.

Quant à la pustule vaccinale proprement dite, sa marche n'était pas interrompue. Elle parcourait ses périodes de dessiccation comme à l'ordinaire. Mais souvent la forme arrondie du bouton de vaccin était altérée par les pustules secondaires, qui, se confondant avec lui dans leur développement, en rendaient les bords frangés, le pourtour dur et rénittent. Dans cet état, des ulcérations s'établirent avec facilité; elles s'étendaient en rongeant d'une pustule à l'autre, et rendaient la vaccine méconnaissable. C'était, sans contredit, l'accident le plus fâcheux, mais il était aussi le plus rare généralement. La déformation du bouton

n'allait pas jusques-là, et pouvait passer inaperçue dans le plus grand nombre des cas.

Aussitôt que ces anomalies de la vaccine eurent été observées d'une manière générale, M. Vizerie écrivit à Bordeaux, pour obtenir des renseignemens sur l'origine du vaccin qui lui avait été adressé.

M. Gergerès père répondit le 14 juillet, que depuis la reprise des vaccinations à Bordeaux, des observations conformes y avaient été faites par tous les médecins; que le vaccin envoyé à Bergerac avait été pris, *au huitième jour, sur un enfant qui avait eu la varioloïde pendant la dessiccation du vaccin;* que la forme des pustules vaccinales avait éprouvé des variations semblables à celles signalées plus haut; que des phénomènes identiques avaient été observés par les médecins de Libourne, auxquels du vaccin avait été envoyé de Bordeaux; que des accidens graves avaient accompagné quelques-unes de ces vaccinations; qu'aucune cependant n'avait été funeste; mais que la crainte d'inoculer la variole, en même temps que la vaccine, avait fait suspendre momentanément la pratique de cette dernière, etc., etc.

Du reste, le praticien de Bordeaux ne paraissait pas éloigné de l'opinion qui attribuait ces accidens à l'insertion du virus de la varioloïde, qui aurait été recueilli en même temps que le vaccin, sur quelque sujet atteint de cette maladie, et transmis ensuite simultanément. L'explosion de l'éruption du 9.ᵉ au 10.ᵉ jour, comme dans la variole inoculée, et la déformation du bouton vaccinal, pouvaient bien donner crédit à cette idée; mais, d'autre part, il semblait naturel de tenir compte de la co-existence d'une épidémie de varicelle qui s'était montrée à Bergerac, antérieurement aux premières vaccinations, et dont bon nombre d'individus étaient atteints sans avoir été soumis à l'inoculation de la vaccine. Il fallait se rappeler les accidens de même nature qui avaient été observés à Londres, à Ha-

novre, à Genève, lorsque Jenner commençait à propager sa découverte : l'analogie était frappante. Ainsi Jenner vaccinait sans inconvénient dans le Glocester, avec le vaccin que Woodville lui transmettait de Londres, et qui, dans les mains de ce dernier, prenait un caractère éruptif. De même le vaccin qui dans Bergerac semblait être l'occasion du développement de la varioloïde par le léger trouble que la fièvre vaccinale apporte dans l'économie, transporté hors du foyer de la contagion variolique par les médecins des environs, reprenait son caractère de simplicité, et s'altérait de nouveau lorsque de la campagne il était reporté dans notre ville. Dès-lors il y avait au moins sujet de douter. C'est ce que nous fîmes, afin d'observer avec un esprit dégagé de prévention.

Quelques histoires de maladies feront mieux connaître la nature et la succession des accidens.

Obs. I.re — L'enfant de M.me Mestre, âgé de neuf mois, a été vacciné de bras à bras, le 22 juin, sur un enfant auquel avait été inoculé directement le vaccin envoyé de Bordeaux. Le bouton était parvenu au septième jour, et il n'est pas venu à la connaissance du vaccinateur que ce premier enfant ait rien éprouvé de particulier. Chez le jeune Mestre la vaccine a d'abord marché très-régulièrement ; chaque piqûre a produit une pustule, et le développement des boutons a été modéré. Rien de particulier jusqu'au septième jour que je me suis servi de ce vaccin pour inoculer deux enfans. Le soir du même jour je remarquai que l'auréole, très-enflammée, était surmontée de très-petits points rouges, semblables aux boutons de miliaire. Le lendemain ils avaient acquis plus de développement ; il en existait d'autres sur la figure et sur le ventre. La fièvre qui survint fut assez vive pendant trois jours. L'éruption s'étendit à tout le corps, mais resta cependant discrète. Les boutons développés sur les bras dans le cercle des pustules vaccinales, sont restés petits et confus. Le bouton de

vaccine s'est aplati, s'est agrandi, et m'a paru plus lent à se dessécher que de coutume. Quant au caractère de l'éruption secondaire, je l'ai trouvée beaucoup plus rapprochée de la varioloïde que de la varicelle. La forme des boutons était arrondie, mais modifiée sur un très-grand nombre, et particulièrement sur les plus gros par une dépression centrale. Leur développement s'est opéré régulièrement de la face au tronc et du tronc sur les membres. Leur dessiccation a suivi la même marche. Elle a été plus rapide que la desquammation qui s'est fait attendre assez long-temps. Ainsi le 20 juillet il restait encore sur la figure de petites croûtes sèches, dures, parfaitement rondes, saillantes de demi-ligne, qui cependant n'ont laissé aprèselles aucune dépression à la peau. Les rougeurs qui ont succédé à la chute des croûtes ont disparu promptement chez cet enfant comme chez tous ceux du même âge qui ont éprouvé la varioloïde consécutive à la vaccine. Nous verrons plus tard que la maladie s'étant communiquée de l'enfant à la mère, le résultat n'a pas été le même pour cette dernière.

Obs. II.e — Le premier enfant, vacciné sur le précédent le 29 juin, âgé de quatre mois, fatigué par la diarrhée et un mauvais allaitement, n'a présenté qu'un développement lent et incomplet de la vaccine. Les boutons, au nombre de quatre pour six piqûres, ont à peine atteint le volume d'une petite lentille, et ont parcouru leurs périodes sans éruption secondaire appréciable. Néanmoins on pourrait peut-être rapporter à cette affection quelques boutons miliaires qui apparurent sur l'un des bras le douzième jour, et qui furent regardés comme un effet de la dentition commençante.

Obs. III.e — Le second enfant était une petite fille de dix mois, très-fortement constituée. Le septième jour de la vaccination, les bras étaient enflammés; des boutons d'une apparence suspecte se manifestaient autour des pustules vaccinales. Une fièvre très-forte s'empara de la ma-

lade et dura deux jours avec une intensité qu'on n'observe pas dans la vaccine régulière. Cette fièvre ne céda qu'après l'éruption, en quelque sorte simultanée, de nombreux boutons sur toute la surface du corps. Ces boutons, d'un caractère parfaitement semblable à ceux du petit Mestre, (*obs.* 1.re), mais plus nombreux et plus rapprochés, acquirent en quatre jours tout leur développement et séchèrent tout aussitôt avec une promptitude que je n'avais pas remarquée chez le premier enfant. La desquammation s'opéra aussi avec une certaine rapidité, et les traces en ont disparu en peu de temps.

Le même enfant a éprouvé deux mois plus tard une varicelle bien caractérisée. La forme des boutons et la marche de l'éruption ne laissèrent pas de doute à cet égard. Cette petite fille avait communiqué la varioloïde à sa nourrice. Elle communiqua la varicelle à son frère et à ses cousins plus âgés de quelques années. Elle n'avait pas plus cessé d'avoir des rapports avec ces enfans dans la première maladie que dans la seconde.

Obs. IVe — Rochefort, âgé de deux ans, vacciné le 24 juin par un de mes confrères, avait éprouvé la semaine précédente une varicelle légère qui était en voie de dessiccation complète au moment de la vaccination. Le 1er juillet, je me servis de ses boutons, qui me parurent beaux et francs, pour inoculer trois enfans du voisinage : Pierre Eyères, âgé de trois mois, Daniel Briand, âgé de dix mois, et Marie Bos, âgée de trois ans et demi. Le 4 juillet (dixième jour de la vaccination), je vis apparaître chez le jeune Rochefort de nouveaux boutons d'un caractère analogue à celui des précédens, moins nombreux et plus particulièrement groupés autour des pustules vaccinales. Ces boutons se desséchèrent avec la même promptitude que ceux de la varicelle précédente.

Obs. Ve — Pierre Eyères présentait, le cinquième jour après la vaccine, de nombreux boutons au pourtour des

pustules vaccinales déjà bien formées. Cette éruption, qui fut presqu'entièrement locale, s'accompagna d'une fièvre vive avec inflammation du bras. Les boutons de vaccine en furent en partie déformés. Ils étaient entièrement plats le neuvième jour et ne contenaient plus de sérosité.

Obs. VIe — Daniel Briand eut d'abord une belle apparence de vaccine. Chaque piqûre fournit un bouton comme chez les précédens. Quelques boutons miliaires se manifestèrent sur le bras dans le cercle de l'auréole le neuvième jour, et furent suivis de quelques autres sur le corps. La fièvre fut à peine sensible.

Obs. VIIe — Marie Bos, vaccinée en même temps que les deux autres, présente les mêmes phénomènes que Daniel Briand, du neuvième au dixième jour ; et sa sœur ainée, qui habitait dans la même maison, fut atteinte, quelques jours après, d'une varioloïde discrète bien caractérisée.

Obs. VIIIe — Une sœur de celle-ci, âgée de six mois, vaccinée huit jours plus tard avec du vaccin provenant de Marie Bos, était faible et cachectique. Elle ne présenta, comme le sujet de l'observation deuxième, que quelques boutons sur les bras, sans caractère marqué, du neuvième au dixième jour.

Obs. IXe — Un de mes confrères me fit voir, vers le même temps, le jeune Boussenot, enfant de dix-huit mois, dont la vaccine, pratiquée le 26 juin, s'était développée régulièrement. Puis, le huitième jour, il avait été pris de fièvre et de céphalalgie violente. Le dixième jour il était couvert de boutons qui, lorsque je le visitai le 16 juillet, étaient volumineux, remplis de pus, déprimés au centre pour la plupart, se touchaient presque sur le tronc et les membres, et ne formaient déjà plus qu'une croûte sur la figure. L'odeur variolique était des plus fortes. Cependant la fièvre était moindre et l'issue de la maladie paraissait devoir être favorable, ainsi que cela eut lieu en effet. C'est le seul enfant qui ait éprouvé, à la suite de la vaccine, une éruption

aussi grave, éruption d'une nature telle qu'il eût été difficile d'établir en quoi elle appartenait à la varioloïde plutôt qu'à la variole véritable.

Hors ce cas, les accidens qui mirent les enfans en danger à la suite des vaccinations de 1833, se rapportèrent plutôt aux préludes de l'éruption qu'à l'éruption elle-même. Les convulsions, chez les sujets prédisposés, jetèrent plus d'une fois l'alarme dans les familles, sans qu'on ait eu cependant aucun événement funeste à déplorer. La même absence de mortalité, par le fait de la vaccine, avait été observée à Londres en 1799, dans les cas où la complication d'une éruption pustuleuse était de nature à susciter des accidens redoutables.

Obs. X^{e} — Je fus appelé, le 11 juillet, auprès du jeune Félix, âgé de trois ans, chez lequel la vaccine, parvenue au huitième jour, offrait déjà une dépression noirâtre à son centre et un affaissement du bouton qui ne permettait plus d'en extraire de sérosité. Une forte fièvre s'était déclarée depuis vingt-quatre heures. Il était en proie, pour le moment, à des convulsions violentes. Instruit par d'autres exemples, j'annonçai une éruption prochaine qui eut lieu en effet le lendemain sur la face d'abord, puis sur le corps. Les boutons furent en petit nombre et offrirent le caractère de la varicelle. La dessiccation fut prompte, et le rétablissement ne se fit pas attendre.

Plusieurs autres enfans ont offert, dans des circonstances semblables, des accidens et un résultat analogues. Néanmoins, la frayeur gagnant de plus en plus les esprits, les sujets qui se présentaient pour être vaccinés devenaient plus rares de jour en jour, et bientôt nos vaccinations furent forcément interrompues. Le fait suivant y contribua pour beaucoup.

Obs. XIe — L'enfant de M. le docteur Vizerie, zélé propagateur de la vaccine, âgé seulement de deux mois, fut vacciné par son père dans les derniers jours de juillet avec

un virus choisi sur un enfant bien sain et porteur de beaux boutons. Deux piqûres furent pratiquées à chaque bras. Dès le second jour, elles deviennent pustuleuses; le troisième, elles s'enflamment. Le bras devient rouge, dur, rénittent; les pustules s'élargissent, creusent et s'étendent sous l'épiderme jusqu'à se confondre, bien qu'elles fussent distantes d'environ dix lignes; la fièvre est des plus vives. Les symptômes graves se terminent le cinquième jour par l'éruption de boutons varioliformes peu nombreux sur diverses parties du corps. Ces boutons sont remplis d'une eau rousse plutôt que de pus, et se dessèchent rapidement. Le caractère de l'éruption secondaire est encore cette fois celui de la varicelle, qui régnait plus particulièrement au commencement de l'épidémie.

A cet égard on a observé, à la suite de la vaccine, des cas à-peu-près aussi nombreux d'une de ces affections que de l'autre, et une diversité remarquable, tant dans la marche que dans la forme de l'éruption, ainsi qu'on en peut juger par cette première série d'observations que, à dessein, nous avons choisies d'une physionomie variée, afin de compléter la description générale que nous avons donnée au commencement de cet article.

Eruptions varioliformes indépendantes de la vaccine. —Déjà nous l'avons dit, quelques varicelles avaient paru avant la reprise des vaccinations. Pendant le cours de celle-ci, nous en observâmes un grand nombre, tant chez les individus qui n'avaient, en aucune façon, cohabité avec les enfans vaccinés, que chez ceux qui leur prêtaient des soins habituels. Des varioloïdes s'y mêlèrent dès le commencement : le nombre en augmenta chaque jour, alors même que les vaccinations eurent cessé complètement, et quelques cas de varioles véritables qui s'y joignirent, à dater du mois d'août, constituèrent pour notre pays une épidémie triple qui n'a complètement cessé qu'au mois de décembre de la même année.

Au nombre des personnes qui évidemment contractèrent la maladie par la cohabitation avec des individus vaccinés, il faut citer la mère du sujet de l'observation première qui allaitait son enfant, la tante du même enfant, et la nourrice de la petite fille de l'observation troisième. Chez Mme Mestre, l'éruption se fit avec peine le 14 juillet, quatorze jours après le début de la maladie chez son enfant, vingt-deux jours après l'inoculation de la vaccine; elle fut accompagnée d'accidens graves qui obligèrent de cesser l'allaitement, et manifesta dans son cours tous les caractères d'une varioloïde intense. Ainsi, au début, symptômes nerveux; éruption de pustules confluentes au troisième jour; développement rapide des pustules confluentes; dessiccation prompte et desquammation complète le quinzième jour. La maladie ne laissa d'autres traces que des rougeurs sur la figure, qui bientôt ont fait place à des dépressions correspondantes. Un an après, on en retrouve encore l'empreinte, mais presque entièrement effacée.

Chez la belle-sœur de cette dame, qui avait concouru à donner des soins à son enfant, la maladie débuta trois jours plus tard. Il y eut quatre jours de malaise avec fièvre; puis éruption de quelques boutons vésiculeux disséminés sur le corps. La fièvre cessa tout aussitôt, les boutons acquirent un certain volume et tombèrent en poussière après peu de jours. C'était la varicelle.

Chez la nourrice du deuxième enfant, le malaise et la fièvre se manifestèrent dix jours après le début de la varioloïde chez son nourrisson. Elle avait été vaccinée comme les deux précédentes. L'éruption se fit avec facilité, et les boutons furent ceux de la varioloïde. Ceux-ci se remplirent sans fièvre et disparurent en très-peu de jours.

Ces exemples de contagion ne furent pas les seuls, et nous nous crûmes obligés, à la suite de semblables observations fréquemment répétées, de céder, pendant quelque temps, à la mauvaise disposition des parens pour la vac-

cine. Nous ne nous arrêtâmes cependant que lorsqu'il fut bien démontré que la varioloïde acquérait en général un caractère plus grave par sa communication d'un enfant à une personne plus âgée. La responsabilité du médecin était ici fortement engagée ; car, si, observant en même temps des éruptions varioliformes, provenant de la cohabitation, et d'autres qui ne pouvaient être attribuées qu'à l'influence épidémique, le médecin savait *à priori* faire la part de cette dernière, et pouvait prévoir que l'épidémie continuerait sa marche malgré la cessation des inoculations, le vulgaire ne raisonnait pas de même, et les hommes de l'art qui persistaient à vacciner étaient notoirement accusés d'entretenir la maladie.

Les vaccinations furent donc suspendues, à dater des premiers jours du mois d'août ; mais on ne vit point disparaître pour cela, ni la varicelle, ni la varioloïde. Bien au contraire, ces affections ne furent jamais plus nombreuses qu'en août et septembre. Un quinzième de la population y fut soumis dans l'espace de cinq mois. Il est vrai de dire que chez tous ce n'était pas une éruption régulière, que chez le plus grand nombre le développement des pustules ne suivait pas une marche fixe, et que le caractère de l'éruption était extrêmement varié.

Quoi qu'il en soit, il devint évident pour tous que l'épidémie avait une existence indépendante de la vaccine, et que, si dans l'origine, les enfans vaccinés en avaient été plus particulièrement atteints, c'était sans doute à cause des mouvemens que la vaccine suscite dans l'économie et de la fièvre qu'elle développe. Cela est si vrai, que l'intensité de l'éruption secondaire était en raison de la fièvre vaccinale, et que celle-ci était d'autant plus forte que la vaccine avait mieux réussi. Ainsi, les enfans qui n'avaient qu'un ou deux boutons (ce qui était fort rare), ou dont les pustules vaccinales restaient petites, en raison du peu d'énergie de leur constitution (obs. IIe), n'éprouvant que

peu ou point de fièvre, l'éruption secondaire n'existait pas ou passait inapperçue, tant elle était légère.

Une remarque qu'on pouvait faire dans le même temps et qui vient à l'appui de notre opinion, c'est que toutes les maladies fébriles de cette époque, quelle qu'en fût la cause, se terminaient par l'éruption de quelques boutons, vésiculeux la plupart du temps, ordinairement après des sueurs, et particulièrement dans les parties du corps où la sueur avait été plus prononcée. L'éruption se faisait, tantôt après plusieurs jours d'une bronchite aiguë ou d'une fièvre opiniâtre, tantôt même après plusieurs accès de fièvre intermittente. D'autres fois, elle ne se bornait pas à quelques boutons de peu de durée et d'un caractère équivoque : c'était une varioloïde intense ou même la variole qu'on voyait se faire jour après sept à huit jours de fièvre et d'accidens variés. Une si longue attente éloignait l'idée de la petite-vérole ; et fort souvent les malades, qui se rappelaient avoir eu le corps refroidi au commencement de leur maladie, l'attribuaient à quelqu'imprudence qu'ils avaient commise. Habitués à cette idée, ils ne l'abandonnaient pas, alors même que l'éruption était en pleine activité, et ils ne disaient pas : *J'ai gagné la petite-vérole*, mais *c'est un coup-d'air* (1) *qui me l'a donnée*. Peut-être avaient-ils raison.

Du reste, la direction excentrique de tous les mouvemens du corps était alors si prononcée, que du 1.er avril au 1.er octobre il y eut bien peu de vésicatoires, et même de cautères, nouveaux ou anciens, qui ne s'enflammassent et ne fussent environnés de furoncles qui obligeaient souvent de les abandonner.

A l'égard des variétés qui se manifestaient dans la forme de l'éruption, elles étaient si nombreuses qu'il serait impossible de les décrire. Ainsi j'ai observé des boutons rouges et coniques qui se développaient à peine, des taches

---

(1) Expression du pays.

saillantes, lenticulaires, comme dans la rougeole boutonneuse; des espèces de furoncles sur des plaques scarlatineuses, des plaques larges et humides, des efflorescences serpigineuses bientôt surmontées de croûtes épaisses semblables à de la mousse, etc. Toutes ces formes se rapprochaient plus ou moins dans leur marche de celle de la variole, et parcouraient dans un temps plus ou moins long les diverses parties du corps, à-peu-près dans l'ordre où se manifestent les boutons de la petite-vérole. Dans d'autres cas, la marche de l'éruption était en quelque sorte chronique, parfois intermittente. Plusieurs personnes ont éprouvé deux ou trois phlegmasies pustuleuses pendant le cours de l'été, qui fut d'ailleurs très-chaud, mais bien évidemment sous l'influence de l'épidémie régnante.

Le fait suivant m'a été signalé par l'un de mes confrères. Un enfant meurt de la petite-vérole ou de la varioloïde : le même jour sa plus jeune sœur tombe malade. Elle est atteinte d'une miliaire scarlatineuse qui parcourt ses périodes sans accidens graves. Le septième jour, la miliaire étant complètement terminée, on découvre, sur toute l'étendue du dos qui n'avait pas été visitée jusqu'alors, des boutons de varioloïde déjà en croûtes, tandis qu'il n'en existait pas un sur la face antérieure du corps.

Les éruptions anomales disparurent en grande partie avec les chaleurs de l'été. Les enfans dès-lors ne furent presque plus atteints. La varioloïde et la variole prirent le dessus, et s'attaquèrent surtout aux adultes de 20 à 30 ans. Les vieillards parurent jouir de la même immunité que les enfans. Ces maladies devinrent très-graves en octobre et en novembre. Plusieurs fois la varioloïde menaça l'existence des individus, et il est telle forme de cette affection qu'il eût été bien difficile de distinguer de la petite-vérole pendant le cours de la maladie. Quand elle a laissé des traces sur la figure, elles ont été légères et à peine de la largeur d'une tête d'épingle.

Quant à la variole, elle a été en général très-mauvaise, surtout chez les habitans de la campagne. La forme scorbutique ou adynamique, dans laquelle les boutons restent rouges sans pouvoir parvenir à se remplir, a été l'une des plus communes. Il faut même dire qu'elle s'est montrée chez des individus que tout assurait avoir été vaccinés antérieurement avec succès. J'avais déjà recueilli des faits pareils pendant mon séjour à Strasbourg, dans l'épidémie de 1827 : ce n'est pas ici le lieu de les citer.

Dans mon opinion, ces faits exceptionnels ne prouvent rien contre la vaccine, et il vaut mieux les avouer avec franchise que les nier systématiquement. Bientôt peut-être on reconnaîtra qu'il est des épidémies de varioles supérieures, pour ainsi dire, à la vaccine qui ne peut les atteindre complètement, et que ce sont celles-là qui, modifiées par le vaccin, engendrent la varioloïde. Cette opinion du docteur Albers de Berlin, me paraît bien près de la vérité (1).

N'ayant pour but dans ce travail que d'envisager la variole et la varioloïde dans leurs rapports avec la vaccine, je supprime les observations de ces maladies que je pourrais fournir, et je reviens à l'objet spécial de ce mémoire.

L'épidémie de varioloïde et de variole ne s'est terminée dans notre localité que vers la fin de décembre 1833 ; mais tout ce temps ne s'est pas écoulé sans que j'aie fait de nouvelles tentatives de vaccination dont il me reste maintenant à rendre compte pour compléter cette esquisse.

La première reprise des vaccinations eut lieu le 27 du mois d'août, avec du vaccin que j'avais fait venir de Paris,

(1) M. le docteur Vizerie m'autorise à publier l'expérience suivante vérifiée par deux autres médecins. Trois piqûres furent faites à un bras avec une lancette imprégnée de virus-vaccin, et trois autres à l'autre bras du même enfant avec une lancette trempée dans le pus de la varioloïde. Des boutons correspondans aux piqûres se développèrent à l'un et l'autre bras, conformes chacun à la nature du virus qui lui avait donné naissance.

et dont la qualité n'était pas douteuse. Je l'inoculai à trois enfans en bas âge. Chez l'un il n'a rien produit ; chez les deux autres je n'ai produit qu'un seul bouton à l'un des bras, malgré un assez bon nombre de piqûres. Dans un des cas l'incubation fut de trois jours, le bouton resta petit, ne présenta point d'aréole, et se dessécha dès le septième jour. Ce vaccin n'a pas été transmis, mais l'enfant a été revacciné cette année avec une grande attention, et la vaccine n'a point réussi. Chez l'autre enfant, le bouton unique ne s'est prononcé qu'au huitième jour de l'inoculation ; il est resté petit et sec, mais s'est environné d'une auréole qui n'existait pas chez le premier. Il n'a été accompagné, de même que le précédent, d'aucune espèce de fièvre et d'aucune espèce d'éruption. Je n'ai pu propager le virus de ces boutons, faute de sujets dont les parens fussent disposés à s'y prêter.

Je ne me laissai pas décourager pour cela. Le 27 octobre, muni d'un nouveau vaccin qui m'avait été envoyé de Périgueux où la variole n'existait pas, je tentai de nouveau l'inoculation à la campagne, sur la rive gauche de la Dordogne, qui jusque-là n'avait participé que faiblement à l'épidémie. J'opérai d'abord sur l'enfant du baron de F..., habitant dans une commune qui avait été préservée. Le succès de la vaccine fut complet sur cet enfant. Je pris du vaccin pour un enfant de la ville et pour deux autres du même village. Le premier eut deux beaux boutons dont la marche fut régulière, à tel point que le vaccin me fut demandé pour un de ses cousins. Mais le onzième jour on vit surgir à la face une éruption de boutons assez mal caractérisés, qui séchèrent si rapidement qu'on serait resté dans l'incertitude sur leur nature, si, peu après, la mère et ensuite la nourrice n'avaient été atteintes de varioloïde. Néanmoins le vaccin inoculé avant l'éruption suivit chez l'autre enfant une marche régulière et fut exempt de toute complication.

Quant aux deux sujets vaccinés à la campagne, leur vaccine ne fut pas des plus régulières, quoique légitime ; elle ne fut accompagnée d'aucun accident éruptif.

Au commencement de novembre je vaccinai un jeune garçon d'un village voisin avec du virus puisé chez un enfant qui avait été vacciné à Sainte-Foy, petite ville du département de la Gironde, où, depuis la reprise des vaccinations, on n'avait pas observé d'accidens du genre de ceux que nous avons signalés. Ce jeune garçon eut sept boutons magnifiques ; mais au dixième jour l'éruption secondaire se manifesta. Tous les enfans vaccinés sur celui-ci eurent autant de boutons que de piqûres, mais aucun ne fut exempt de l'éruption secondaire, et quelques-uns propagèrent la varioloïde dans leur famille.

En 1834 les vaccinations ont été commencées de bonne heure. L'épidémie avait cessé dans toute la contrée ; les vaccinations ont été très-régulières, et je n'ai pas appris que dans le nord du département, où la petite-vérole a régné pendant deux ou trois mois, les médecins aient observé d'éruption anomale comme complication de la vaccine.

Je reviens un instant sur le caractère des vaccinations de 1833, pratiquées dans les communes rurales par quelques-uns de nos confrères qui avaient reçu le vaccin de Bergerac, dans le temps qu'on y observait les varicelles et varioloïdes consécutives.

MM. Macerouse et Denoix, qui exercent la médecine dans des cantons séparés, ont observé que le vaccin était accompagné d'éruptions pustuleuses dans certaines communes, et ne l'était pas dans d'autres, selon que la varicelle ou la varioloïde s'y était offerte précédemment ou qu'elles en avaient été préservées. M. Macerouse en particulier m'a fourni des détails précis à cet égard. Les deux enfans de M. Maine de Biran avaient déjà éprouvé la varicelle lorsque l'on vaccina la plus jeune de ses filles avec

du vaccin recueilli sur un enfant qui éprouva deux jours après la varioloïde. Cette jeune vaccinée fut transportée à deux lieues de là pendant le cours de la vaccine. Au huitième jour, M. Macerouse se servit de ces boutons pour communiquer le vaccin à un jeune garçon; M.[lle] de Biran fut atteinte de l'éruption varioliforme, et ce jeune garçon ne l'éprouva point. Le vaccin de celui-ci, transmis à d'autres enfans, et en particulier à la propre fille de M. Macerouse, resta pur pendant un mois entre les mains de ce médecin, jusqu'à ce que, l'ayant transporté dans une commune éloignée de sa circonscription médicale, où la varioloïde et la variole avaient déjà pénétré, il perdit tout-à-coup son immunité, et fut l'occasion, comme à Bergerac, d'éruptions secondaires plus ou moins fâcheuses.

Les pluies et les premiers froids de l'hiver mirent fin à l'épidémie dans les campagnes comme à la ville. En décembre, une diminution sensible se manifesta dans le nombre des varioles; on ne voyait guère que des varioloïdes avortées qui s'annonçaient par une fièvre assez forte, du caractère variolique le plus prononcé. Ainsi au début : mal de reins, céphalalgie, nausées, douleurs des membres, pouls fort, chaleur intense, puis moiteur et fourmillement dans toutes les chairs. Ces symptômes duraient de trois à cinq jours, et se terminaient par l'éruption de quelques boutons isolés, successifs, rouges, acuminés, qui ne se remplissaient même pas le plus souvent. Quelquefois aussi à la suite des mêmes symptômes, il n'y avait pas d'éruption, et la fièvre se prolongea pendant un ou deux septénaires, sans localisation de la maladie : *variolæ sine variolis*.

L'épidémie de varioloïde et de variole a été remplacée immédiatement par une épidémie de rougeole presqu'aussi générale que la première.

En résumé, les vaccinations de 1833 ont présenté dans nos contrées (aussi bien que dans plusieurs autres parties

du Midi et dans quelques points disséminés du Nord de la France), des accidens et des anomalies analogues à ce qui avait été observé, dès les premiers temps de la vaccine, à Londres, à Genève, en Hanovre, etc.

Ces accidens et ces anomalies sont expliqués par l'influence de l'épidémie triple de varicelle, de variole et de varioloïde, qui a régné dans le temps, et dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations.

On ne peut attribuer l'éruption secondaire (bien qu'elle se manifestât au dixième jour de l'insertion du vaccin, comme dans la variole inoculée), au mélange du virus variolique avec le vaccin, puisque dans ce cas l'éruption aurait dû se montrer également dans tous les lieux et chez tous les sujets inoculés avec un vaccin identique.

L'antériorité des varicelles dans le plus grand nombre des localités, la diversité des éruptions et la tendance générale aux exanthêmes cutanés chez tous les malades pendant le cours de l'épidémie, sont autant de circonstances qui militent en faveur de l'influence miasmatique que nous avons admise comme cause des éruptions secondaires. La génération l'une par l'autre, de la varicelle, de la variole et de la varioloïde, est un fait qu'il faut noter.

Une conséquence pratique découle de nos observations ; c'est qu'on ferait un très-faux calcul si on laissait désarmés contre la variole de pauvres enfans, dans la crainte d'une éruption consécutive de varioloïde, le plus souvent légère, très-rarement accompagnée de symptômes graves, et jamais mortelle. La seule circonstance qui existe contre la pratique de la vaccine en temps d'épidémie, est la propagation de l'éruption varioliforme aux nourrices et aux proches, avec un caractère de gravité qui n'existe pas chez les enfans.

L'avenir seul fera connaître quelle est l'action préservatrice de ce vaccin modifié dans sa forme, et suivi d'une éruption qui pourrait être regardée comme un bienfait, si

elle devait préserver de toute varioloïde ultérieure, en même temps que le vaccin garantirait de la véritable petite-vérole. Le vaccin ainsi modifié réunirait dans ce cas les avantages de la vaccine et de l'inocnlation de cette espèce de la variole dont la vaccine ne préserve pas.

Observations de maladies des centres nerveux; recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur ROSTAN, *par* A. DUPLAY, *chef de clinique.* (II.e article).

Dans la première partie de ce travail, nous avons exposé divers cas de ramollissement cérébral. Nous allons maintenant donner les observations d'hémorrhagie dans l'encéphale ou d'apoplexie que nous avons recueillies, afin de faire ressortir les différences qui peuvent exister dans la marche de ces deux affections.

OBS. VIe *Hémorrhagie cérébrale très-forte envahissant les ventricules. Déchirure de l'arachnoïde et épanchement sanguin dans sa cavité comprimant les deux lobes du cerveau. Fracture du crâne.* - La nommée Genot, journalière, âgée de 70 ans, demeurant rue Saint-Martin n.° 231, fut apportée, le 15 avril 1834, à l'hôpital de la Pitié, et placée au N.° 2 de la salle Notre-Dame. Cette femme avait été trouvée sans connaissance au bas de son escalier, et une de ses voisines l'avait fait conduire à l'hôpital. L'élève de garde appelé lui pratiqua une saignée copieuse et employa les révulsifs à l'intérieur et à l'extérieur. Le lendemain, 16 avril, l'état de maladie était encore pire que la veille; il y avait perte complète de connaissance, résolution des quatre membres, et insensibilité co mplète à tout agent extérieur. La respiration était stertoreuse; la malade laissait échapper de sa bouche une écume séreuse abondante. Les déjections étaient involontaires; tout annonçait

une mort imminente. La malade mourut en effet avant la fin de la visite.

L'autopsie fut faite le lendemain, vingt-quatre heures après la mort, et l'on rencontra les désordres suivans :

En incisant les tégumens du crâne, on trouve une vaste ecchymose qui occupe tout le côté droit de la tête et une partie du côté correspondant de la face. Cette infiltration de sang s'étend non-seulement à toute l'épaisseur du cuir chevelu, mais au périoste lui-même. En découvrant les os du crâne, on apperçoit une fracture qui s'étend depuis la fosse zygomatique jusqu'à la partie postérieure de la suture sagittale, en se dirigeant obliquement en arrière sur le temporal et sur le pariétal.

Ces désordres portèrent M. Rostan à nous faire interrompre l'autopsie. Cette femme pouvait bien avoir été la victime de quelque violence, et n'avoir pas succombé à une simple hémorrhagie cérébrale. L'autopsie fut donc reprise, le lendemain, en présence d'un commissaire de police.

La dure-mère offrait une teinte bleuâtre; elle adhérait fortement aux os du crâne. Un liquide abondant la soulevait et la séparait de la face supérieure du cerveau; lorsqu'elle fut incisée, on put constater la présence d'un épanchement sanguin énorme dans la cavité de l'arachnoïde. Ce sang, à demi coagulé, formait tout autour de la masse encéphalique, une couche de deux lignes environ d'épaisseur; les fosses de la base du crâne contenaient toutes une grande quantité de ce même sang coagulé. La substance cérébrale, divisée successivement par couches, est parfaitement saine. Les ventricules sont remplis par une grande quantité de sang; le plancher du ventricule latéral droit est déchiré à sa partie antérieure; cette déchirure communique avec un vaste foyer apoplectique capable de loger un gros œuf de poule et contenant des caillots abondans; la substance cérébrale, qui en forme les parois, est comme triturée, et son mélange avec le sang lui donne une

teinte lie de vin. Ce vaste foyer est situé à la réunion du lobe antérieur avec le lobe moyen; il s'étend jusqu'à la face inférieure du cerveau; là, l'arachnoïde est déchirée dans une étendue considérable, et c'est de là que le sang est épanché dans la grande cavité de la membrane séreuse.

L'examen de tous les autres organes ne nous a présenté aucune particularité remarquable.

D'après les symptômes et l'invasion subite de la maladie au milieu d'une santé excellente, comme nous l'ont appris les parens de cette femme, on ne pouvait méconnaître une hémorrhagie cérébrale. D'après l'état de résolution générale des membres et d'après l'abolition de tous les sens, cette hémorrhagie devait être évidemment très-considérable; elle devait comprimer à la fois les deux lobes du cerveau. C'est ce que l'autopsie vérifia; mais, au lieu de les comprimer de dedans en dehors, comme dans les cas ordinaires par suite de l'irruption du sang dans les ventricules, c'était de dehors en dedans, ce qui s'observe beaucoup plus rarement, mais ce qui amène les mêmes résultats.

Certes, c'est là un cas d'hémorrhagie cérébrale des plus considérables, et cependant, comme l'a fait remarquer M. Rostan, la mort n'a pas été instantanée; elle s'est fait attendre un certain nombre d'heures. Aussi, lorsque la mort est subite, instantanée, ce n'est jamais dans son opinion une hémorrhagie cérébrale qui la détermine, c'est une rupture du cœur ou des gros vaisseaux.

Dans l'observation suivante, l'hémorrhagie est moins étendue, mais la terminaison, quoique plus tardive, n'en fut pas plus heureuse, et le malade succomba.

Obs. VIIe *Symptômes d'apoplexie. Hémiplégie gauche. Alternatives nombreuses de mieux et de pire. Erysipèle de la face. Emploi des vésicatoires. Parotide. Mort. Foyer apoplectique énorme occupant la partie postérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral droit. Irruption de l'hé-*

morrhagie dans le ventricule droit; légère déchirure du septum médian, et léger épanchement dans le ventricule gauche. Hépatisation et abcès circonscrits des poumons. — Jean-Jacques Griveau, journalier, âgé de 54 ans, d'une bonne santé pendant son enfance et sa jeunesse, d'une stature moyenne, d'un embonpoint médiocre et ne présentant aucun des caractères de la constitution apoplectique, se lève à cinq heures du matin pour aller à son travail, le dimanche 10 novembre 1833. Tout-à-coup il chancelle et tombe sans connaissance. Une heure après on le relève; il avait perdu la parole, et tout le côté gauche était paralysé. Avant cet accident, Griveau avait joui d'une excellente santé; il n'avait éprouvé, ni fourmillement, ni crampes, ni faiblesse dans les membres; il n'avait même ressenti, vers la tête, aucune douleur, ni aucun symptôme qui pût faire pressentir son accident. Pendant deux jours il reste sans secours, et il est apporté à l'hôpital le mardi 12 novembre. Le 13, à la visite, il présentait l'état suivant :

La tête est fortement inclinée à droite par une véritable torsion du col. Les yeux sont tous deux fortement tournés en haut et à gauche; le regard est incertain. La commissure droite des lèvres est tirée en dehors. Il y a résolution complète des membres du côté gauche : quand on les soulève, ils retombent comme une masse inerte. Quant à la sensibilité, elle n'est pas complètement abolie; car, lorsqu'on pince le malade, il s'agite et donne des signes de douleur. Le côté droit, au contraire, jouit de tous ses mouvemens; aussi le malade est-il sans cesse poussé vers le bord gauche de son lit par le côté droit, auquel le côté gauche ne peut plus résister. Il y a une céphalalgie très-violente dans le côté droit de la tête, le malade y porte la main; c'est là, dit-il, qu'est tout son mal; il voit, il entend, et répond juste aux questions qui lui sont adressées; il raconte lui-même son accident et se fait remarquer par

une loquacité que rien ne peut arrêter. La langue est humide; elle sort de la bouche sans être inclinée à droite ou à gauche. L'épigastre est légèrement sensible; la respiration est normale; le cœur présente des battemens réguliers. Le pouls est lent et marque 80 pulsations.

On diagnostique une hémorrhagie cérébrale, occupant probablement la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau, pourvu que les renseignemens, fournis seulement par le malade sur la marche de sa maladie, soient exacts. On fait la prescription suivante : Saignée du bras de douze onces; chicorée avec sulfate de soude; lavement de séné; sinapismes; glace sur la tête; diète.

14. La tête est toujours fortement tournée à droite; même céphalalgie; même état du côté paralysé; loquacité un peu moindre que la veille. Le sang fourni par la saignée n'est pas couenneux. Le pouls marque 80 pulsations comme la veille. L'état des organes digestifs est le même. Il y a eu trois évacuations alvines. (12 sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde; chicorée avec sulfate de soude. Lavement de séné. Sinapisme. Glace sur la tête. Diète).

15. Légère amélioration. Le malade peut prendre son verre pour boire. Le col n'est plus tordu comme la veille; la déviation de la bouche est un peu moins marquée; la parole légèrement embarrassée, et la loquacité du malade un peu moindre. La céphalalgie est moins intense. La sensibilité semble un peu revenue dans le côté gauche; le malade témoigne de la douleur lorsqu'on pince la peau même assez légèrement. (Chicorée avec sulfate de soude. Lavement de séné. Synapismes. Glace sur tête).

16. La face est injectée, la tête est toujours très-douloureuse, le malade y porte continuellement la main; la sensibilité paraît un peu revenue dans le côté gauche; le pouls est fort, il marque 64 pulsations; l'abdomen est dou-

loureux à la pression (Saignée de 10 onces; orge miel.; lavement simple).

Le 17. La céphalalgie est un peu moindre; les douleurs abdominales ont disparu. Le 18, même état.

Le 19. Il y a eu du délire pendant la nuit; le malade s'est agité; il a empêché ses voisins de dormir. Torsion du col beaucoup moindre. La bouche est beaucoup moins déformée. Les membres du côté gauche sont toujours dans la résolution la plus complète; la sensibilité est dans le même état que les jours précédens; céphalalgie toujours très-vive; la langue est humide, il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. (Orge miel. Lavement émollient. Sinapismes).

Le 20, la céphalalgie persistant, on applique un vésicatoire à la nuque.

Le 21, la tête n'est plus dans la rotation à droite; elle exécute des mouvemens à droite et à gauche. Les paupières du côté gauche sont collées par un mucus épais. Le malade a pû exécuter quelques mouvemens de la jambe gauche : lorsqu'on pince la cuisse gauche le malade y porte la main droite; lorsqu'on pince le bras gauche, le malade grimace, témoigne de la douleur, mais il ne peut plus la localiser; il porte alors sa main à son visage, prétendant que c'est là qu'il souffre. Les réponses sont justes. La vue ne paraît pas nette des deux côtés, le malade semble voir moins distinctement de l'œil gauche. La langue est humide, l'abdomen indolent; le malade est allé à la selle.

L'état du malade s'améliore jusqu'au 23. La céphalalgie persistant toujours, on supprime le vésicatoire à la nuque, et l'on en applique un à chaque jambe.

Les jours suivans, le malade présente des alternatives de mieux et de pire. Le 29, le facies est altéré; céphalalgie, plaintes, réponses moins faciles que les jours précédens. La céphalalgie est plus obtuse. Langue sèche; abdomen

indolent ; émission des urines , involontaire. Le 30, apparition d'un érysipèle sur le nez et sur la joue gauche. Prostration. Pouls petit, marquant 70 pulsations ; langue sèche. Le 1.er décembre, l'érysipèle a gagné presque toute la face ; les paupières sont tuméfiées ; le malade ne voit plus ; il semble étranger à tout ce qui l'environne, et il est plongé dans un coma profond. L'état du membre paralysé est à-peu-près le même ; la sensibilité paraît plus obtuse que les jours précédens.

Le 2, le front, le cuir-chevelu sont envahis par l'érysipèle ; le malade est toujours dans le même état de somnolence ; la langue est sèche et fuligineuse. On applique un vésicatoire sur la joue droite pour borner l'érysipèle.

Le 3, la face est moins tuméfiée ; il existe quelques rides sur la peau du visage. Le cuir-chevelu paraît moins tendu ; la pression est moins douloureuse. Le malade prononce quelques mots mal articulés ; il paraît un peu moins étranger que la veille à ce qui l'environne. Langue toujours sèche ; abdomen indolent. Evacuations alvines ; émission de l'urine, involontaire ; odeur de souris très-prononcée. Rien du côté de la poitrine ; le pouls marque 72 pulsations. (Nouveau vésicatoire sur la joue du côté opposé ; nouveau vésicatoire à la nuque : orge miel.)

Le 4, l'érysipèle a complètement disparu ; les rides du front se dessinent ; il y a un commencement de desquammation. Changement très-notable dans l'état du malade ; il ouvre les yeux ; son regard est naturel ; il répond aux questions ; mais la parole est un peu embarrassée. La langue est sèche ; l'abdomen est tendu ; le malade n'a pas été à la selle. Le mieux se soutient jusqu'au 8, époque à laquelle apparaît une parotide. Le 9, prostration extrême ; facies altéré. La région parotidienne gauche est gonflée ; elle est le siège d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule : la peau qui la recouvre est d'un rouge foncé ; la langue est sèche et fuligineuse. La sensibilité a complètement disparu

dans le membre paralysé. Le malade ne donne plus aucun signe de douleur quand on le pince. Les jours suivans, la tuméfaction de la région parotidienne augmente, la prostration fait des progrès, le malade tombe dans l'état typhoïde, l'insensibilité continue à être complète : la mort survient le 12 à dix heures du soir.

Autopsie 35 heures après la mort. — On remarque à l'extérieur du corps une saillie considérable au niveau de la région parotidienne gauche. La glande parotide est incisée; son tissu est frappé de suppuration qui s'échappe par gouttelettes. En pressant sur la glande, on fait sortir par le canal de Stenon une assez grande quantité de pus. Les parois du canal ne sont pas épaissies. La membrane muqueuse qui la tapisse n'est pas injectée. La peau qui recouvre le sacrum, les régions trochantériennes. sont le siège d'escarrhes assez profondes.

Tête. La dure-mère adhère assez fortement aux os du crâne. L'arachnoïde et la pie-mère sont injectées; elles sont fortement épaissies et présentent une teinte opaline. Elles se détachent facilement de la substance grise. Il existe une infiltration assez considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance grise est assez ferme; elle est un peu violacée. En l'incisant couche par couche on arrive dans un foyer hémorrhagique situé environ à six lignes de la face convexe de l'hémisphère droit. Le foyer, de forme ovalaire, capable de loger un œuf de poule, commence en arrière à un pouce de la face postérieure de l'hémisphère, et s'étend en avant jusqu'au corps strié qui semble le borner. Ses parois sont molles, formées par la substance cérébrale déchirée, et dont les lambeaux flottent au milieu de la cavité : elles sont revêtues d'une couche de caillots fibrineux. Dans une étendue de deux lignes environ, la substance cérébrale qui environne le foyer est d'un jaune orangé. En avant, la cavité est formée par le corps strié; en arrière par l'hémisphère; en dedans par le *septum*

lucidum qui présente une légère déchirure. La paroi inférieure est formée par le plancher du ventricule, car le sang a fait irruption dans ce dernier et a détruit sa partie supérieure. Le sang qui est renfermé dans le foyer est en grande partie fluide, il semble s'être séparé en deux parties comme dans un vase ; l'une plus fluide, l'autre plus solide, qui forme d'abord un caillot central, noir, assez ferme, et qui ensuite revêt d'une couche fibrineuse les parois du foyer. L'hémisphère gauche du cerveau est tout-à-fait sain. La cavité du ventricule contient une sérosité rougeâtre provenant d'un léger suintement qui s'est opéré par la déchirure du *septum lucidum*. La protubérance cérébrale présente vers sa face inférieure un petit ramollissement très-superficiel de la largeur d'une petite lentille ordinaire.

Thorax. Les poumons adhèrent assez fortement à la plèvre costale. La partie supérieure de chaque poumon est saine et crépitante ; la base est hépatisée en rouge. Quelques points même sont passés à l'hépatisation grise. En les incisant il en découle un liquide formé par un mélange de pus et de sang. Le poumon droit présente au-dessous de la plèvre et vers son lobe moyen une petite cavité capable de loger l'extrémité du doigt indicateur, et remplie d'un pus louable et comme phlegmoneux. Le poumon gauche en présente deux entièrement analogues. Ces petits foyers purulens soulèvent la plèvre, et forment à la surface du poumon deux petites bosselures. Le cœur est du volume du poing du sujet. Toutes les cavités sont dans de bonnes proportions, et il n'existe aucun obstacle aux orifices.

Abdomen. L'abdomen et le reste du canal digestif ne présentent rien de bien remarquable. L'intestin grêle offre vers sa terminaison une injection assez prononcée. Les follicules isolés de Brunner sont saillans. Le foie, la rate, le pancréas et les voies urinaires ne présentent rien de particulier.

L'étendue des désordres rencontrés dans le cerveau,

l'irruption du sang dans le ventricule correspondant au foyer hémorrhagique, un commencement de déchirure du septum médian, le passage d'une petite quantité de la partie la plus fluide du sang dans le ventricule du côté opposé, sont autant de particularités remarquables qui peuvent soulever plusieurs questions, et entre autres celle-ci : Est-il probable que dès le principe, les désordres aient été aussi considérables? Il est à présumer qu'il n'en a pas été ainsi. En effet, dans un moment, le malade éprouva une amélioration bien notable. La sensibilité avait reparu en grande partie dans les membres paralysés, et des mouvemens volontaires commençaient à s'exécuter. Or, si l'hémorrhagie eût été aussi considérable dès le principe, si elle eût envahi le ventricule et déchiré le septum médian, les accidens auraient été en s'aggravant d'une manière rapide, et n'auraient pas présenté un point d'arrêt comme chez ce malade. Il est plus probable que l'hémorrhagie, d'abord arrêtée, a continué plus tard d'une manière lente, et que le foyer s'aggrandissant peu-à-peu a détruit lentement la paroi supérieure du ventricule, et a fait irruption dans son intérieur, ce qui semblerait correspondre au moment où la sensibilité, après être revenue dans le membre, a disparu entièrement.

Dans le fait suivant l'invasion de la maladie a été aussi brusque, aussi instantanée. L'hémorrhagie a été sans doute moins considérable, car le malade a vu sa paralysie diminuer graduellement.

Obs. VIII.e — *Emotion très-vive ; attaque d'épilepsie ; paralysie des mouvemens et du sentiment du côté droit ; perte de la mémoire. Retour de la motilité et de la sensibilité au bout de plusieurs mois. Persistance des attaques d'épilepsie.* — Etienne Citerne, cuisinier, âgé de 35 ans, d'une petite stature, mais fortement constitué, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 février 1834. Deux mois avant, le maître chez lequel il servait eut une querelle avec sa

femme, et voulut la frapper. Citerne s'élance pour les séparer, mais il éprouve une émotion si vive, qu'il tombe tout à-coup sans connaissance, et avec des mouvemens convulsifs. Au bout d'une heure il revient à lui, mais il s'aperçoit alors qu'il a perdu le mouvement et la sensibilité dans le bras et la jambe du côté droit. On le saigne plusieurs fois, on met en usage les révulsifs, et au bout de huit jours il avait recouvré en partie l'usage du bras et de la jambe paralysés; il pouvait porter la main à sa tête, mais avec de la difficulté, et il marchait en traînant la jambe. Au bout de dix jours, et sans aucun phénomène précurseur, il éprouve une nouvelle perte de connaissance avec mouvemens convulsifs, et depuis le même accident se renouvelle trois fois. Le 21 février il était dans l'état suivant :

Face rouge et vultueuse; pupilles fortement dilatées; parole très-pénible et très-difficile; perte de la mémoire; le malade, au milieu de ses phrases, s'arrête tout-à-coup, parce qu'il ne se rappelle pas les mots qu'il veut employer. Du reste, la langue ne présente pas de déviation. Mouvemens assez étendus du bras et de la jambe du côté droit; mais insensibilité des deux membres. Du reste, rien de notable; toutes les autres fonctions à l'état normal; pouls plein, développé, marquant 65 pulsations.

M. Rostan, d'après l'absence de tout symptôme précurseur et l'invasion subite de la maladie, diagnostique une hémorrhagie cérébrale de grosseur moyenne dans l'hémisphère gauche du cerveau. (Saignée de quatre palettes; orge miel.; lavement purgatif; pédiluves sinapisés; diète; tenir la tête découverte)

Le sang tiré la veille est riche en fibrine et couvert d'une couenne inflammatoire; les jours suivans on n'observe rien de particulier. Le 25, le malade éprouve encore de la difficulté à trouver les mots; le bras a recouvré un peu de sensibilité et jouit de mouvemens un peu plus étendus. Quant à la jambe, le malade la traîne avec assez de

peine; pouls fort et fréquent. (15 sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche; pédiluves sinapisés; deux vermicelles).

Le 26. Il y avait moins de difficulté dans la parole; le bras paraissait plus sensible que la veille.

Le 26. Il y a, pendant dix minutes, un vertige épileptique, mais le malade ne perd pas connaissance.

Le 2 mars, la parole était beaucoup plus facile; la sensibilité était revenue d'une manière bien notable et la marche beaucoup plus facile. A dater de ce moment, l'amélioration alla toujours en augmentant; il n'y avait plus qu'une très-légère différence entre la motilité et la sensibilité du côté droit et celle du côté gauche, lorsque, le 12 mars, il est pris d'une attaque d'épilepsie dont nous sommes témoins pendant la visite. On lui pratique, le lendemain, une saignée du bras, non que les accidens de paralysie aient augmenté, mais parce que la face est un peu rouge.

Le malade, à dater de ce moment, recouvre peu à peu, mais complètement, les mouvemens et la sensibilité des membres paralysés; mais, tous les huit ou dix jours, il éprouve une nouvelle attaque d'épilepsie. On prescrit une saignée du bras de temps à autre pour prévenir ces attaques, et pendant trois semaines le malade n'en éprouve pas; mais, le 29 mai elles se répètent jusqu'à dix fois dans la même journée, sans cause appréciable. On lui pratique une saignée du bras qui est couenneuse. Depuis cette époque, les attaques d'épilepsie reviennent à-peu près tous les quinze jours. Dans les premiers jours de juin, la paralysie des membres du côté droit a complètement disparu, et le malade agit de ce côté à-peu-près comme des membres du côté gauche. C'est alors qu'il est pris de symptômes de pneumonie, mais ils disparaissent sous l'influence de plusieurs saignées. Le malade resta encore quelque temps à l'hôpital, et il sortit dans le courant de juillet, guéri de son

hémorrhagie cérébrale et sans avoir éprouvé d'attaque d'épilepsie depuis trois semaines.

Le début rapide de la maladie et la lésion subite du mouvement et du sentiment dans le côté droit firent pencher M. Rostan pour une hémorrhagie cérébrale. Le retour lent des mouvemens et de la sensibilité, ainsi que de la parole, firent rejetter complètement l'idée d'une simple congestion, car les accidens auraient disparu avec beaucoup plus de rapidité.

Ce fait, à part la complication des accès épileptiques, semble trouver son explication et sa confirmation dans le fait suivant, qui lui ressemble quant au début et quant à la cause de la maladie.

Obs. IX.e — *Vive frayeur. Perte de connaissance. Paralysie du mouvement et du sentiment du côté gauche. Retour complet de la sensibilité et de la motilité au bout de deux ans. Abcès par congestion. Mort. Etat du foyer apoplectique au bout de quatre ans.* — Marie Serré, âgée de 30 ans, domestique, est placée le 20 janvier 1834, au n.° 22 de la salle Noire-Dame. Elle était habituellement d'une bonne santé. En 1830, pendant les journées de juillet, elle éprouve une frayeur excessivement vive; elle tombe sans connaissance, et lorsqu'on la relève tout le côté gauche du corps était paralysé. Des saignées et des révulsifs ramènent peu-à peu le mouvement et la sensibilité qui étaient incomplètement revenus au bout de six mois. Aussi, lorsque la malade fut soumise a notre observation, elle ne présentait plus aucun symptôme de paralysie. Elle portait au milieu de la région dorsale une tumeur fluctuante volumineuse que l'on considéra comme provenant d'une maladie des vertèbres. Outre cela la malade présentait quelques symptômes de tubercules pulmonaires; au-dessous de la clavicule droite il y avait de la matité et une résonnance de la voix qui n'existait pas du côté opposé. Au bout d'un mois environ la fluctuation devenant de plus en plus évidente,

on pratiqua une incision sur la tumeur que l'on vida complètement. Trente sangsues furent appliquées sur le foyer, et l'incision fut maintenue ouverte à l'aide d'une mèche. Au bout d'une quinzaine de jours il survint de la fièvre et de la diarrhée, et la malade commença à s'affaiblir. Dix jours avant la mort il survint une dyspnée excessive; la malade était assise dans son lit; la respiration était haletante. La percussion et l'auscultation faisaient reconnaître un épanchement énorme dans le côté gauche de la poitrine. Ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et la malade succomba le 12 avril, trois mois environ après son entrée à l'hôpital.

Autopsie 30 heures après la mort. — Nos recherches portèrent principalement sur l'encéphale, dans le but de découvrir les traces de l'hémorrhagie cérébrale dont cette femme avait été frappée, car M. Rostan, d'après la marche des accidens, n'avait pas hésité à les faire dépendre d'une hémorrhagie. Les membranes du cerveau, la substance corticale et la substance blanche étaient partout dans leur état naturel. En examinant la couche optique et le corps strié du côté droit, on trouva entre ces deux parties les lésions suivantes : la substance cérébrale changeait tout-à-coup d'aspect et de consistance; elle était d'un blanc nacré, comme le tissu fibreux. Les fibres, au lieu d'être symétriquement et parallèlement disposées, étaient entrelâcées d'une manière inextricable. La substance cérébrale vers ce point paraissait comme plissée. Elle offrait la consistance du tissu fibreux : aussi pouvait-on la soulever sur la pointe d'un scalpel comme une bride ligamenteuse, sans en opérer le déchirement. Des tractions du même genre beaucoup plus faibles, exercées sur le tissu environnant, le déchiraient avec la plus grande facilité. En divisant cette portion de tissu induré, l'on arriva dans une petite cavité arrondie, à parois lisses, recouvertes d'une sorte de membrane mince, et renfermant un peu de sérosité de couleur légèrement

citrine. Cette petite cavité aurait pu loger un pois de grosseur moyenne. Quant à l'étendue de la cicatrice elle-même elle avait à peu-près huit lignes d'avant en arrière et six de haut en bas. Elle s'étendait dans ce sens jusqu'à la face inférieure du cerveau. Le reste des centres nerveux ne présentait rien qui fut digne d'intérêt.

Thorax. Deux litres de liquide séro-purulent dans le côté gauche de la poitrine. Poumon fortement collé contre la colonne vertébrale, réduit au tiers de son volume, et recouvert, ainsi que toute la plèvre pariétale, d'une fausse membrane épaisse. Au niveau de la sixième et septième côtes, érosion de la plèvre, qui correspond à une masse de matière tuberculeuse située au-dessous de la membrane et immédiatement accollée aux côtes. Celles-ci sont ramollies au niveau de leur tête, et le scalpel les divise comme du cartilage. Un stylet introduit par cette érosion se dirige en arrière en passant entre les apophyses transverses des vertèbres correspondantes, et va se rendre dans le foyer qui versait du pus à la partie postérieure du tronc. Pas de tubercules dans le poumon droit; induration du tissu pulmonaire du sommet, et dilatation de plusieurs bronches, ce qui donnait lieu à cette bronchophonie qui avait simulé la pectoriloquie pendant la vie de cette femme.

Abdomen. Rien dans le canal intestinal et dans les autres organes abdominaux; seulement l'ovaire droit est beaucoup plus volumineux que le gauche; il présente, vers son bord supérieur, une bosselure très-prononcée. En la pressant entre les doigts, la membrane péritonéale se rompt et il s'échappe un petit corps arrondi du volume d'une cerise. Il est contenu dans une petite cavité de même forme et parfaitement lisse. Cette tumeur examinée était composée de couches sanguines superposées. Les plus extérieures étaient fibrineuses, et leur consistance diminuait à mesure que l'on se rapprochait de la partie centrale. Enfin, pour l'aspect et pour la consistance, on ne saurait

mieux comparer ce caillot qu'à celui qui remplirait un kyste apoplectique ayant huit ou dix jours de date. Rien de semblable dans l'ovaire du côté opposé. Utérus sain; ouverture du col tellement petite qu'elle admet à peine l'extrémité d'un stylet très-fin.

Le foyer qui existait à la partie postérieure du tronc est examiné avec soin. On arrive par un sinus étroit entre les muscles qui remplissent les gouttières vertébrales, et jusques sur les apophyses transverses des sixième et septième vertèbres dorsales. Là se trouve une communication avec le petit foyer qui s'était ouvert dans la plèvre. Deux ou trois masses tuberculeuses ramollies sont couchées sur les lames des vertèbres. Du reste, le tissu osseux vers ce point n'est pas ramolli; il n'offre aucune altération, non plus que le corps des vertèbres correspondantes.

Comme dans l'observation précédente, nous voyons la paralysie d'un côté du corps survenir presque instantanément, et cela sous l'influence d'une émotion morale entièrement analogue, c'est-à-dire une vive frayeur. Nous voyons ces symptômes de paralysie disparaître peu-à-peu, comme dans l'observation de Citerne, et enfin nous constatons, par l'autopsie, la présence d'un foyer hémorrhagique presque complètement cicatrisé. C'est ainsi que les faits viennent s'éclairer mutuellement; aussi nous paraît-il démontré qu'il a existé dans l'observation précédente, indépendamment de la modification du système nerveux qui produit l'épilepsie, une hémorrhagie cérébrale qui a été peu-à-peu résorbée.

Nous terminerons cette revue par une maladie de la moelle épinière la seule qui se soit présentée à notre observation pendant tout le courant de l'année.

OBS. X.ᵉ — *Paraplégie fort ancienne survenue à la suite d'une vive colère. Abolition du mouvement et non du sentiment. Symptômes d'hémorrhagie cérébrale. Mort. Tumeur cancéreuse comprimant les nerfs de la queue de*

cheval. Tumeur analogue et ramollissement sur un point plus élevé de la moelle. Foyer apoplectique à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère cérébral gauche. Dégénérescence stéatomateuse des artères cérébrales. — Le nommé Tiphaine, artiste dramatique, âgé de 56 ans, d'une bonne santé pendant son enfance et sa jeunesse, était connu parmi ses camarades pour sa gastronomie. Il y a cinq ans environ qu'il eut avec le directeur de son théâtre une très-vive altercation. Tiphaine entra dans une violente colère, ce qui du reste lui arrivait pour des motifs souvent moins graves en apparence. Presque aussitôt il éprouva de la faiblesse dans les extrémités inférieures, des engourdissemens, un sentiment de rétraction dans les muscles, et des douleurs dans la région lombaire. La marche devint chancelante, la difficulté augmenta de plus en plus, et au bout de six mois la perte du mouvement était complète; du reste la sensibilité n'était pas abolie. Ce malheureux, privé des ressources que lui fournissait son état, aidé pendant quelque temps par des amis, entra dans plusieurs hôpitaux où il fut regardé comme infirme : enfin il fut reçu à l'hôpital de la Pitié le 8 mai 1833, et il fut placé au n.° 12 de la salle Saint-Joseph. Pendant tout ce temps il fut relégué dans cette salle et ne fut pas traité, car on le gardait dans cette salle dans l'intention de le faire placer à Bicêtre. M. Rostan prit le service le 1.er novembre, et ce fut alors qu'il fixa l'attention des élèves sur ee fait. On lui représenta que c'était *un infirme* qui attendait sa place à Bicêtre, mais il saisit cette occasion pour faire ressortir cette grande vérité, qu'en fait d'observation rien n'est à dédaigner, et que ces maladies chroniques d'aussi longue durée sont souvent du plus haut intérêt sous le rapport de l'anatomie pathologique ; du reste, l'événement devait bientôt prouver que *cet infirme*, délaissé pendant aussi long-temps comme ne pouvant servir à l'observation, portait une altération des plus curieuses. On tâcha d'obtenir de Tiphaine des rensei-

gnemens sur sa maladie, mais ce fut de toute impossibilité; il avait perdu presque complètement la mémoire; il avait beaucoup de peine à coordonner ses idées; lorsqu'on l'interrogeait sur un point de sa maladie, il se contredisait à chaque instant. Seulement il revenait toujours sur ce fait, que sa maladie avait commencé par un accès de colère, et jamais on n'a pu le trouver en contradiction avec lui-même sur l'origine de sa maladie. Du reste, ce fait a été constaté par quelqu'un qui le connaissait depuis long temps, et qui nous a fourni le peu de renseignemens que nous donnons.

Lorsque le malade fut soumis à notre observation, c'est-à-dire vers le 10 novembre environ, il conservait encore de l'embonpoint; son visage était excellent; il paraissait assez gai, répondait aux questions qu'on lui adressait, mais il ne pouvait soutenir une conversation un peu longue. Les organes de la digestion et de la respiration paraissaient dans le meilleur état. L'excrétion des urines était involontaire. Les selles etaient très-rares, mais elles s'opéraient sans le secours des lavemens ni de tout autre remède. Les extrémités inférieures étaient atrophiées; les muscles, peu volumineux, étaient flasques. La marche ne pouvait avoir lieu; et lorsque le malade voulait se tenir debout, ses membres inférieurs se fléchissaient; du reste, ils conservaient leur sensibilité.

Tiphaine resta dans cet état pendant une huitaine de jours; depuis quelque temps il n'était pas allé à la selle; on lui avait ordonné plusieurs lavemens qu'il n'avait pas voulu prendre. Tout-à-coup, le 19 novembre, il fut pris de perte de connaissance pendant la nuit. Le 20 au matin, il était couché sur le dos; la bouche ne présentait pas de déviation sensible; les deux membres thoraciques étaient dans la résolution la plus complète: le droit paraissait un peu moins sensible que le gauche. Il semblait entièrement étranger à tout ce qui l'environnait; il s'agitait, poussait des soupirs, et la respiration commençait déjà à s'embar-

rasser. La langue était sèche : il n'y avait pas eu de selles.

Le pouls était très-petit et fréquent. On prescrivit des sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes, et un lavement purgatif. Mais l'état du malade s'aggrava, et il mourut dans la journée sans avoir recouvré sa connaissance.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — On ne remarque rien de particulier à l'extérieur du corps.

Tête. Le crâne est très-épais. La dure-mère est saine. L'arachnoïde est légèrement injectée. Elle se détache facilement, ainsi que la pie-mère, de la surface des circonvolutions cérébrales. La surface corticale présente sa coloration et sa fermeté habituelles. La substance blanche ne présente rien de particulier du côté droit ; mais à gauche, vers le tiers antérieur de l'hémisphère de ce côté, elle change de couleur à-peu-près dans l'étendue d'un pouce carré. Elle est plus ferme et plus consistante que dans les parties environnantes ; elle est d'un rouge violacé. Cette rougeur ne tient pas à l'injection des vaisseaux qui traversent la substance blanche ; elle n'est pas pointillée ; c'est une sorte de teinture de la substance cérébrale. En pénétrant plus profondément et à trois lignes environ au-dessous, on rencontre un foyer hémorrhagique capable de loger une grosse noix. Ce foyer, dont la forme est ovalaire et dont la plus grande étendue est d'avant en arrière, renferme un caillot mou dont le centre, d'un noir foncé, est presque liquide. Les parois du foyer sont formées par la substance cérébrale irrégulièrement déchirée et fortement teinte en rouge violacé. La paroi inférieure du foyer n'est séparée du ventricule correspondant que par une couche de substance cérébrale de trois lignes d'épaisseur. Les ventricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité. Toutes les autres parties du cerveau sont saines. Le cervelet ne présente aucune lésion appréciable. Les artères cérébrales

sont généralement malades : on les aperçoit çà et là présentant une teinte jaunâtre; elles résistent fortement sous le doigt. Les artères qui se rendent vers le foyer apoplectique présentent, à un haut degré, les caractères physiques que nous venons de signaler; l'une d'elle est déchirée, et sa lumière béante s'aperçoit très-bien sur la paroi inférieure du foyer lorsqu'on l'a dépouillée des couches fibrineuses qui la recouvraient. Les artères examinées avec soin présentent un épaississement très-marqué de leurs parois, mais cet épaississement n'est pas général; il n'existe que sur des points plus ou moins éloignés. Dans les points où l'artère est malade, un examen attentif démontre les particularités suivantes. La tunique interne est lisse et conserve son épaisseur naturelle; mais en dehors existe une couche d'une demi-ligne d'épaisseur, d'un tissu blanchâtre tirant sur le jaune, friable, et de nature stéatomateuse; cette couche, qui adhère très-faiblement à la tunique interne du vaisseau, se détache très-facilement aussi de sa tunique externe. Elle forme une plaque presque libre entre les deux membranes. La plupart des artères qui rampent à la base du cerveau présentent cette altération.

La moelle vertébrale conserve généralement sa consistance normale. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale environ, la substance blanche et la substance grise sont ramollies; leur consistance est beaucoup moindre quand on les compare avec les autres parties de la moelle. Au niveau de ce point il existe, au-dessous de la pie-mère et près du côté droit de la moelle, une petite tumeur du volume d'un pois ordinaire, irrégulièrement arrondie, présentant de petites bosselures à sa surface extérieure qui est lisse et comme recouverte d'une membrane séreuse. Cette petite tumeur incisée paraît formée d'un tissu lardacé rougeâtre. Vers la partie inférieure de la moelle, au niveau de la troisième vertèbre lombaire, le canal vertébral est occupé par une tumeur de même nature que la précédente. Cette tu-

meur, de forme irrégulière, lisse comme la tumeur précédente, a plus du double de son volume. Incisée elle présente entièrement le même aspect et la même nature. Elle flotte au milieu des nerfs qui forment la queue de cheval : cependant elle n'est pas entièrement libre au milieu du canal. Elle tient à un filet nerveux sur lequel rampe une petite veine gorgée de sang. En haut et en bas de la tumeur les deux extrémités du nerf se retrouvent; elles sont arrondies et libres; sur les côtés de la tumeur le filet nerveux s'applatit et semble se confondre intimement avec elle, ce qui porterait à croire qu'elle s'est développée dans l'épaisseur du cordon nerveux. Les nerfs environnans sont généralement peu volumineux.

Thorax. Les poumons sont remarquables par leur intégrité. Partout ils sont parfaitement crépitans. Le cœur présente le volume du poing du sujet. Ses parois sont à l'état normal, ainsi que toutes les cavités. L'aorte est dilatée immédiatement après sa sortie du ventricule gauche, elle présente un grand nombre de points d'ossification.

Abdomen. L'estomac est d'un volume ordinaire; il est parfaitement sain. Le duodénum, tout l'intestin grêle sont remarquables par leur intégrité. Le cœcum forme une tumeur du volume du poing, et d'une dureté très-grande; il est exactement rempli par des matières fécales d'une consistance très-dure, et qui se sont moulées exactement sur les bosselures de l'intestin. La membrane muqueuse qui se trouve en contact avec cette masse endurcie n'est pas altérée; elle offre une teinte légèrement rosée. Le colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant, renferment dans plusieurs points de leur trajet des amas analognes de matières fécales endurcies, et qui forment des tumeurs bosselées et inégales.

Le foie, la rate, le pancréas, les reins ne présentent aucune lésion. La vessie distendue par l'urine s'élève un peu au-dessus de la symphyse du pubis.

Doit-on admettre dans cette observation remarquable, entre l'émotion vive éprouvée par le malade et la production accidentelle qui s'est développée dans les centres nerveux, des rapports de cause à effet ? Il faut noter le fait, et attendre pour en juger la valeur, que d'autres viennent le confirmer.

Quant aux lésions elles-mêmes séparées de la cause qui semble leur avoir donné naissance, elles sont égalément dignes d'intérêt. La production de tumeurs cancéreuses dans l'arachnoïde spinale, n'est pas très-commune; cependant M. Cruveilhier, à qui la pièce fut montrée, m'a dit avoir observé plusieurs fois des productions lardacées entièrement analogues, qui s'étaient aussi développées dans l'arachnoïde spinale.

Consultation médico-légale sur un cas de suspicion d'infanticide; par MM. ORFILA, OLLIVIER (*d'Angers*), *et* BOYS DE LOURY.

Nous soussigés, etc., conformément à l'ordonnance de M. d'Herbelot, juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Seine, en date du ***, nous sommes transportés en son cabinet, au Palais de Justice, où il nous a donné communication d'une commission rogatoire de M. ***, président du tribunal de ***, lequel demande que trois membres de la Faculté de médecine de Paris, soient appelés à donner leur avis sur les questions ci-dessous énoncées, avis résultant de l'examen qu'ils devront faire du rapport de M. le docteur ***, médecin à ***; rapport faisant partie des pièces de l'instruction relative au crime d'infanticide imputé à ***.

Après avoir prêté serment de bien et fidèlement remplir la mission qui nous était confiée, remise nous a été faite de la commission rogatoire de M. le président du tribunal

de ***, et du rapport du docteur ***, en date du ***. On nous demande *si, d'après les circonstances relatées dans le susdit rapport, l'enfant, dont il s'agit, est venu à terme; s'il est né viable, s'il a vécu, s'il a péri par accident, par la volonté de la mère, par violence, par défaut de précautions et de soins.* Voici la copie textuelle du rapport de M. le docteur ***.

« Nous soussigné docteur en médecine de la Faculté de Paris, domicilié à ***, départemt de ***, sur la réquisition de M. le procureur du roi de ***, nous sommes transportés dans la chambre des noyés de ***, pour constater si l'enfant mâle, né de la demoiselle ***, et retiré des fosses d'aisances, où il a séjourné 21 jours, *est venu à terme, s'il était viable, s'il a péri par accident* ou *par la volonté de sa mère.* Arrivé dans ladite chambre, nous avons procédé à l'examen et à l'autopsie de l'enfant en présence de M. *** qui nous a assisté jusqu'à la fin de l'opération.

» Le corps de l'enfant était dans un état de putréfaction excessivement avancée, et qui a été accélérée, et par les chaleurs intenses et par le séjour de l'enfant dans les fosses d'aisances; il était horriblement mutilé. Les tégumens du crâne étaient déchirés et presque totalement séparés des os. Le pariétal gauche ne tenait à la voûte osseuse que par un faible moyen d'union; le droit était aussi séparé et tenait un peu plus solidement; les deux os frontaux et l'occiput étaient fracturés. La face offrait l'aspect le plus hideux; les os du nez et ceux des orbites étaient brisés. De la base du front jusqu'à la bouche, la peau et toutes les parties sous-jacentes étaient divisées, de sorte que les cavités nasales et buccales ne formaient plus qu'une vaste ouverture béante dans laquelle on trouvait la langue intacte de lésions. Le thorax était sans trace de profondes mutilations; trois ou quatre divisions de la peau seulement. La peau et les enveloppes abdominales étaient dans un désordre affreux qui permettait à peine de les recon-

naître ; étant *contuses* , *meurtries* , divisées dans plusieurs endroits, il ne fut guères possible de distinguer l'insertion du cordon ombilical dont il ne restait plus de traces. Même état des parties molles de la région du thorax et de l'abdomen dans tout le côté latéral gauche. L'épaule gauche était horriblement *meurtrie ;* l'humérus était broyé à son articulation avec l'omoplate, et ne tenait que par de faibles moyens d'union. Le membre supérieur droit avait été presqu'entièrement respecté, ainsi que les deux membres inférieurs, sauf quelques petites lésions des tégumens.

« Toutes ces *meurtrissures*, ces fractures, tout ce désordre, me paraissent être le résultat des recherches mal dirigées des vidangeurs, car il m'a été rapporté que ceux-ci attachèrent à l'extrémité d'une corde, une pierre du poids de sept livres environ, et qu'à plusieurs reprises, ils la laissèrent tomber d'une certaine hauteur sur le corps de l'enfant pour le dégager du tuyau de la fosse d'aisances dans lequel il s'était arrêté dans sa chute.

» Sur le cuir chevelu, on distingue bon nombre de cheveux d'un pouce de longueur et plus ; les ongles des pieds et des mains étaient bien développés. Le cordon ombilical était du volume et de la longueur de celui d'un enfant à terme ou voisin du terme ; le placenta ne nous a pas été présenté. Les membres et les parties du corps qui auraient échappé aux mutilations, nous parurent bien conformés, d'un volume égal à celui d'un enfant à terme, volume augmenté sans doute par les progrès de la putréfaction, et par l'imbibition cadavérique.

» *Examen des organes internes.* Les méninges étaient déchirées dans plusieurs endroits, la substance cérébrale était convertie en une bouillie liquide, diffluente, blanchâtre, floconneuse, et s'échappait par les divisions des méninges et des os du crâne ; la cavité thoracique, que nous avons ouverte, ne contenait pas de liquide, et les viscères qu'elle renferme étaient entièrement exempts de lésions.

doute par les progrès de la putréfaction et par l'imbibition cadavérique.

Or, il n'est pas dit qu'on ait mesuré la longueur de l'enfant, qu'on se soit assuré de son poids; les mutilations opérées sur le cadavre ont empêché de reconnaître le point d'insertion du cordon ombilical; la longueur et la grosseur de ce cordon sont trop variables pour qu'on puisse dire d'une manière affirmative, d'après ces deux caractères, que l'enfant était arrivé plutôt à neuf mois qu'à sept ou huit seulement; on n'a pas recherché si le cartilage épiphysaire du fémur contenait déjà un noyau osseux. L'absence ou l'insuffisance de ces différens détails empêche donc de répondre d'une manière positive à cette première question; toutefois il nous paraît probable que l'enfant avait atteint au moins le septième mois.

2° *L enfant est-il né viable?*

A cette seconde question, le docteur *** répond *qu'il est impossible de se prononcer sur ce point, vu l'état avancé de la putréfaction et l'horrible mutilation, parce que l'enfant pouvait apporter quelque vice de conformation incompatible avec l'existence, quelque maladie essentiellement et promptement mortelle après la naissance, ou bien un système d'organisation incompatible avec la vie, faits que la putréfaction et la mutilation ne lui ont pas permis de constater.*

Mais nous ne trouvons, dans le rapport que nous avons transcrit plus haut, rien qui puisse justifier semblables conclusions. Au contraire, malgré les lésions nombreuses de la tête, il est facile de voir d'abord que cet enfant n'était pas anencéphale. M.*** a trouvé la *substance cérébrale convertie en une bouillie liquide, diffluente, blanchâtre, floconneuse :* il constate l'existence de tous les os du crâne qu'il a pu reconnaître parfaitement malgré les fractures dont ils étaient le siége.

La description des poumons et du cœur prouve que ces organes ne présentaient rien d'anormal. Enfin, dans aucune partie de son rapport, l'auteur ne décrit le moindre vice de conformation chez cet enfant.

La putréfaction et la mutilation du corps ne peuvent donc être invoquées ici comme ayant pu faire disparaître *quelque vice de conformation incompatible avec l'existence, ou quelque maladie essentiellement et promptement mortelles après la naissance.*

D'après les remarques qui précèdent, nous pensons que rien ne prouve que l'enfant ne fût pas viable. Ajoutons que si le développement des divers organes eût été décrit, nous eussions pu nous prononcer d'une manière plus positive sur la question de la viabilité.

3° *L'enfant, dont il s'agit, a-t-il vécu?*

Cette question, sur laquelle M.*** ne s'est pas expliqué, peut-elle être éclairée par les renseignemens que fournit le rapport? Voici ce que nous y lisons : *La cavité thoracique que nous avons ouverte, ne contenait pas de liquide, et les viscères qu'elle renferme ne contenaient pas de lésion; les poumons, d'une couleur gris de cendre à l'extérieur, étaient d'un volume fort petit, et accolés contre la colonne vertébrale; le gauche, recouvert par le cœur, était analogue à celui d'un enfant qui n'a pas respiré; retirés de la poitrine, ils étaient crépitans sous le doigt et offraient par une incision par le scalpel, une couleur rouge lie de vin; plongés dans l'eau, ils surnageaient* (*mais je m'empresse d'ajouter*, dit M.***, *que le foie qui, sous ce point, diffère essentiellement des poumous et doit donner un résultat contraire, était plus crépitant que ceux-ci et d'une pesanteur spécifique inférieure à celle de l'eau; le cœur lui même, vide de sang, nous a offert un état analogue. Nous avons cru distinguer sous le doigt une sensation de crépitation, et cet organe surnageait également l'eau. De sorte que nous regardons comme nulle cette*

expérience, et que nous pensons qu'une putréfaction aussi avancée a dû nécessairement modifier la pesanteur spécifique des viscères).

Quoique M.*** n'ait fait sur les poumons que des expériences incomplètes; quoiqu'il ne se soit pas assuré si ces organes surnageaient encore l'eau en tout ou en partie, après avoir exprimé, à l'aide de pressions répétées, tous les gaz infiltérs dans leur tissu, expérience qu'il eut été indispensable de faire : cependant, si l'on considère le petit volume qu'offraient les poumons qui étaient *accolés* l'un et l'autre contre la colonne vertébrale, si l'on remarque que le cœur recouvrait celui du côté gauche, que leur tissu offrait à la coupe une couleur rouge lie de vin, on sera porté à admettre qu'il n'y a pas eu respiration, que conséquemment l'enfant n'a pas vécu : c'est, en effet, l'opinion qui nous paraît la plus probable.

L'absence de méconium dans le rectum et une grande partie du colon ne peut suffire pour infirmer cette opinion, car plusieurs circonstances peuvent avoir déterminé ici la sortie du méconium sans que l'enfant ait vécu. Ainsi, dans un accouchement par les fesses, le méconium peut être en partie expulsé de l'intestin pendant le travail, surtout si cette partie du tronc reste long-temps engagée dans le détroit inférieur; or, il est possible que l'accouchement ait eu lieu de la sorte, et l'effet dont nous parlons deviendrait plus probable encore si la femme était primipare, ce dont le rapport ne fait aucune mention. En outre, les pressions répétées, exercées sur le corps de l'enfant pour le dégager du tuyau de la fosse d'aisance, peuvent très-bien aussi avoir déterminé l'expulsion du méconium. Ajoutons, que le défaut absolu de coloration verdâtre des matières trouvées dans une partie du gros intestin et dans les dernières portions de l'intestin grêle, est une circonstance qui doit faire douter beaucoup que l'enfant fût à terme au moment de l'accouchement, ce qui vient appuyer encore l'opinion qu'il n'a pas respiré.

4° *L'enfant, dont il s'agit, a-t-il péri par accident, par la volonté de sa mère, par violence, par défaut de précaution ou de soins ?*

D'après la réponse que nous venons de faire à la question qui précède, nous n'avons plus à nous occuper des présomptions de mort par accident, par la volonté de la mère, par défaut de soins et de précautions, ou enfin par violences. Disons seulement que nous ne pensons pas qu'on puisse conclure, de l'existence des mutilations nombreuses observées sur le cadavre de l'enfant, que sa mort ait été le résultat de violences, car ces mutilations peuvent très-bien avoir été faites postérieurement à la mort. L'explication que contient le rapport sur les manœuvres employées pour dégager le corps de l'enfant du tuyau de la fosse d'aisance, rend cette opinion très-vraisemblable; néanmoins il eut été à désirer que les lésions décrites l'eussent été avec plus d'exactitude; elles auraient permis d'affirmer alors d'une manière explicite que ces mutilations étaient ou antérieures ou postérieures à la mort de l'enfant. Quant aux *meurtrissures* dont parle M. ***, il est très probable qu'il a qualifié à tort de ce nom quelques colorations accidentelles des tissus dues à la putréfaction avancée du cadavre.

Remarques sur l'accouchement par la face; par P. Guillemot, *D. M. P.*

Dans le dernier siècle, on ne reconnaissait la possibilité de l'accouchement spontané dans les présentations de la face, que dans les cas où le menton était porté en arrière et le front en avant. Si l'observation n'a pas sanctionné cette opinion, si la nature nous présente presque toujours la face s'engageant dans le détroit périnéal, quelle que soit sa position première au détroit abdominal et dans l'excavation pelvienne, le menton, porté sous le pubis et le front tourné vers le sacrum, y aurait-il des obstacles qui

rendraient toute autre espèce d'accouchement impossible, soit que l'expulsion soit livrée aux efforts de la nature, soit que l'extraction du fœtus soit opérée par l'art. Cette question a été agitée par M.me Lachapelle, et la décision qu'elle a portée a été acceptée par ses contemporains. Suivant l'opinion de cette célèbre sage-femme, la terminaison d'un accouchement de cette espèce est impossible, à moins qu'on n'ait affaire à un avorton. Je ne m'occuperai point des raisons qu'on a alléguées pour soutenir ce sentiment, je ne m'attacherai qu'aux faits; car c'est de leur exposition et de leur examen que la question doit recevoir sa véritable solution.

En plaçant un fœtus à terme au-dessus du détroit abdominal du bassin d'une femme morte, pendant le travail, ou dans le temps des couches, la face s'engageant dans l'excavation, le menton dirigé en arrière et dans le sens du diamètre antéro-postérieur, on observe que le front s'appuie contre la symphyse du pubis, et que le menton, en se plongeant dans l'excavation, correspond au tiers inférieur du sacrum. Si on applique alors le forceps pour faire l'extraction, la descente de la tête est d'abord difficile et n'a lieu qu'après deux ou trois tractions; mais aussitôt que le détroit abdominal est franchi, rien ne s'oppose à la sortie; la poitrine et les épaules ne donneront lieu à aucun retard. On ne voit point dans cette extraction, comme Mme Lachapelle l'avait prédit, la tête écrasée, ni aucune lésion qui aurait pu faire craindre pour la vie si le fœtus était vivant. Dans ce dernier cas, les choses se seraient peut-être passées comme dans l'observation suivante :

Le 14 juin 1784, dit Meza, je fus mandé pour secourir une femme qui avait passé toute la nuit dans le travail de l'enfantement. Les eaux s'étaient écoulées et les douleurs, devenues plus faibles, commençaient à disparaître. Deux saignées avaient été pratiquées et un lavement avait été donné. La sage-femme assurait que les fesses se présentaient avec ses extrémités, mais elle ne pouvait savoir si c'étaient les

membres supérieurs ou inférieurs. Je pratiquai le toucher, et je reconnus que la partie qui s'avançait était plongée dans la cavité pelvienne, et, qu'au lieu des fesses et des extrémités, je sentais la face qui s'offrait la première. Le nez, les yeux, la bouche, ne me permirent pas de méconnaître cette présentation. Le front était appliqué sur la surface plane des os pubis, et le menton répondait à la cavité coccigienne; il était mobile. On pouvait l'éloigner et le rapprocher de la mâchoire supérieure; le temps de la version était passé. Je craignais aussi, en repoussant la tête, de provoquer trop de douleurs. D'ailleurs il ne me paraissait pas certain que cette opération aurait du succès. Par toutes ces raisons, j'eus recours, comme dernier moyen, au forceps de Smellie. L'application eut lieu de la manière suivante : J'introduisis sur chaque côté de la tête, le plus haut possible, les branches du forceps, l'une après l'autre; je les abaissai ensuite vers le périné, et, après les avoir réunies, je procédai à l'extraction en tirant en bas. Lorsque le front se dégagea de dessous le pubis et que le syncipat apparut à la sortie du bassin, je relevai le forceps, en recommandant à la sage-femme de soutenir le périnée, et je terminai cette extraction suivant le mode ordinaire.

La tête était, depuis le cou jusqu'à l'occiput, tuméfiée. Une marque profonde était imprimée au front. La lèvre supérieure était dure, livide et épaisse. L'enfant ne revint à la vie qu'après l'emploi de la saignée par le cordon, de frictions sur la colonne vertébrale, de bains tièdes. Des ablutions d'eau froide mêlée de vin sur la tête, des pressions sur la poitrine et des percussions avec la paume de la main sur les fesses furent également faites. (*Acta regiæ Societatis med. Hauniensis,* tom. II, pag. 379).

L'état fâcheux auquel était réduit ici le fœtus est commun à la plupart des enfans qui ont supporté un accouchement aussi laborieux. Le retour du fœtus à la vie nous montre qu'il était parvenu à tout son développement, et que

cette espèce d'accouchement n'entraîne pas à sa suite des lésions mortelles. L'écrasement de la tête du fœtus par le forceps n'a jamais été signalé dans les exemples où les fœtus étaient venus morts au monde à la suite de l'application de cet instrument. Smellie attribue ce malheureux événement à la compression du cerveau et des vaisseaux du cou. Les observations sembleraient conformer les idées de l'accoucheur anglais. Nous nous bornerons à rapporter les deux suivantes, recueillies à deux époques différentes.

En 1762, je fus appellé, dit Smellie, au secours d'une femme qui avait été long-temps en travail et dont l'enfant présentait la face, de manière que le menton répondait à la partie inférieure de l'os sacrum, tirant, tant soit peu, du côté gauche. Enfin, la tête était descendue si bas dans le bassin, que le visage repoussait extérieurement les parties basses de la femme en forme de grosse tumeur, et dès-lors les douleurs étaient beaucoup affaiblies. Comme le temps était extrêmement froid, je lui permis de rester couchée sur le côté, quoiqu'il eût été plus avantageux qu'elle eût été couchée sur le dos. Je lui fis ensuite rapprocher un peu les fesses du bord du lit, de manière cependant qu'elle eût la tête et les épaules de l'autre côté, après quoi j'introduisis les branches du forceps. Comme je ne pus venir à bout de retirer la tête, je fus obligé, pendant chaque douleur, de la laisser dans la situation qu'elle se présentait. Les parties molles situées entre le coccix et l'orifice externe, se trouvèrent insensiblement dilatées par la compression de la face et du front de l'enfant; de manière que ces parties prêtèrent enfin assez pour permettre au vertex de passer par dessous l'arcade du pubis, après quoi je relevai les manches du forceps vers cet os, et moyennant toutes les précautions, je vins enfin à bout de délivrer heureusement cette femme d'un enfant mort, et qui avait péri probablement à cause de la longue compression que sa tête avait soufferte dans le bassin. (Tome II, page 579).

« Le 1.er février 1829, dit Siebold, une sage-femme des environs de Berlin réclama notre assistance, ne pouvant plus, nous faisait-elle dire, prêter secours à une femme en travail, dont l'enfant se présentait par les fesses, elle demandait les conseils d'un accoucheur. A notre arrivée, nous trouvâmes une femme en travail de son premier enfant. Les douleurs avaient commencé depuis vingt-quatre heures. Depuis cette époque, les eaux s'étaient aussi écoulées. L'exploration nous apprit que les fesses ne se présentaient pas. Nous découvrîmes, dans l'excavation, la face, dont le front était dirigé en avant et à gauche, et le menton porté en arrière et à droite. Entre les joues bouffies du fœtus, on rencontrait la bouche. Cette disposition en avait imposé à la sage-femme. D'après les rapports de cette dernière, la tête était dans l'excavation depuis plus de deux heures. Les douleurs commençaient à devenir plus rares et plus faibles. Je me décidai à l'application du forceps. Après quelques tractions j'amenai au monde un enfant mort, mais bien développé et à terme. Le long séjour de la tête dans le petit bassin, la position défavorable du tronc après l'écoulement prématuré des eaux de l'amnios, enfin l'application du forceps qui n'est pas sans difficulté dans ce cas, peuvent bien avoir contribué à la mort du fœtus. » (*Siebolds Journal*, année 1830, page 209).

Smellie regarde cette espèce d'accouchement comme naturelle. Suivant lui, la tête sera poussée en bas par la douleur du travail. Elle dilatéra la partie inférieure du vagin et les parties extérieures : par ce moyen l'orifice externe se dilatéra toujours de plus en plus, jusqu'à ce que le vertex soit passé sous le pubis, et qu'il se porte à l'extérieur. » A l'appui de cette opinion, l'auteur anglais rapporte une observation où les choses se sont à-peu près passées comme il l'avait prédit. Ce fait a été trop contesté pour le passer ici sous silence.

« En 1748, dit Smellie, je fus appelé au secours d'une femme en travail d'enfant, par une sage-femme qui me dit qu'elle trouvait la fontanelle au-dessous des os pubis, et qu'elle croyait que l'enfant venait mal, le front de ce côté là. Je fus d'abord de son opinion lorsque je vins à toucher cette femme ; mais pour mieux m'assurer du fait, je profitai de la première douleur, qui fut très-forte ; pour lors je reconnus que la tête était descendue beaucoup plus bas dans la partie postérieure du bassin ; et ayant cherché dans cet endroit la suture lambdoïde avec mon doigt, je reconnus distinctement la face et le menton plus en arrière contre le coccix. Deux douleurs de plus firent avancer la face et le front, au point de chasser devant eux les parties postérieures en forme de grosse tumeur ; le périnée et le fondement s'alongèrent considérablement, le vertex et l'occiput se dégagèrent de dessous les os pubis, ensuite le front et la face se dégagèrent du périnée, que j'eus la précaution de soutenir avec ma main, parce qu'il était fort aminci. Par ce moyen cette femme se trouva délivrée d'un petit enfant. Elle avait le bassin large, et elle accouchait pour l'ordinaire très-promptement. » (Smellie, tome II, p.)

On s'est beaucoup appesanti sur les diverses conditions de cet accouchement. La petitesse du fœtus et la largeur du bassin ont sans doute favorisé l'expulsion du fœtus. Mais on doit avouer que ni l'une ni l'autre n'ont été portées à l'extrême ; car, suivant Smellie, un petit enfant, loin d'être un véritable avorton, est par fois un bel enfant. D'ailleurs, c'est une expression dont cet auteur se sert souvent pour désigner un fœtus à terme, qui seulement n'a pas le volume qu'on remarque communément chez les nouveau-nés. Les doutes qui peuvent s'élever sur cette observation doivent disparaître devant d'autres faits sur ce sujet, mieux détaillés, et dont les observateurs sont nos contemporains.

Une fille de service, rapporte Weise, âgée de 26 ans, d'une taille moyenne, d'une faible constitution, mais d'une bonne santé, était accouchée de son premier enfant, à la suite d'un travail de huit jours, et avec le secours du forceps. Elle fut trois mois à se rétablir. Fin de février 1827, elle se crut enceinte de nouveau. Au mois de juillet, elle sentit les premiers mouvemens de l'enfant ; elle se porta bien jusqu'au 15 octobre ; à cette époque elle fit une chute sur un escalier, et depuis elle se plaignit de maux de cœur, d'étourdissemens, et de douleurs assez fortes dans les reins. Il n'y eut point de perte. Le 23 novembre, elle entra à l'hôpital d'accouchemens de la Charité de Berlin. Le velycomètre de Kluge nous montra que l'inclinaison du détroit abdominal était de 50 degrés. La distance qui séparait les crêtes iliaques de l'un et de l'autre côté, était de dix pouces un quart. Celle qui existait entre les trochanters était de onze pouces. Enfin le compas donnait sept pouces et demi, de la symphyse du pubis à la dernière apophyse des vertèbres lombaires. Le fond de la matrice se découvrait entre le nombril et le creux de l'estomac. Le placenta paraissait y avoir son insertion. On ne pouvait distinguer à travers les parois de l'abdomen, par l'exploration, les parties de l'enfant. Le ventre était douloureux au toucher, principalement du côté droit. La femme a souffert, jusqu'à l'époque de l'accouchement, des douleurs au creux de l'estomac et quelquefois des maux de cœur. L'exploration intérieure nous montra un bassin bien conformé. Le col utérin avait à-peu-près un quart de pouce de longueur. La tête du fœtus était mobile ; on pouvait la sentir à travers la paroi antérieure de l'utérus. Le 6 décembre, pendant la nuit, elle entra en travail. La poche des eaux se rompit le 7 à six heures du matin. Le toucher fit reconnaître l'état suivant : la tête s'engageait dans la cavité pelvienne ; le front correspondait au lieu de la réunion de l'ischion avec le pubis du côté droit ; les yeux, le nez, étaient dans la direction du

petit bassin; la bouche se trouvait derrière la symphyse sacro-iliaque droite. Les douleurs de l'enfantement étaient de bonne nature et avaient de l'énergie. La marche de l'accouchement était si régulière, qu'on ne trouvait aucun motif pour avoir recours à l'art. La tête descendait dans le petit bassin, en conservant sa position. Vers neuf heures du matin, la tête reposait sur le périnée; le front était tourné à droite et en avant, et s'engageait sous les pubis. Il survint une forte douleur qui poussa le front de dessous l'arcade du pubis au-dehors; au même moment la tête fut expulsée, le front se porta vers le côté gauche, et le menton sur le côté droit. Après l'expulsion de l'enfant, la délivrance se fit spontanément. Le périnée resta intact.

» L'enfant, du sexe masculin, avait tout son développement et était plein de vie. Il pesait sept livres et demie. Il avait dix-sept pouces trois-quarts de longueur. Les diamètres de la tête de l'enfant se trouvaient dans les rapports suivans : le diamètre longitudinal était de quatre pouces trois-quarts; le diamètre transversal trois pouces trois-quarts. Toute la région frontale, en partie les joues, étaient tuméfiées et de couleur bleuâtre. Les yeux étaient comme enfoncés au milieu de cette bouffissure. Des compresses imbibées d'une solution aromatique, et mélangées de vin, furent appliquées sur les parties tuméfiées. La bouffissure disparut, et après plusieurs jours la mère et l'enfant sortirent de l'hôpital en bonne santé. » (*Siebolds Journal*, 1828, page 914)

Dans le *Journal-général des accouchemens* (*In Gemeinsamen deutschen Zeitschrift fur Geburt*, tome Ier, p. 179), Mappes a publié une observation d'accouchement où la face se présentait, le front dirigé en avant et vis-à-vis la branche gauche du pubis. Malgré cette présentation défavorable, l'expulsion s'est faite sans aucun secours. Dans le même Journal, tome III, Buch rapporte qu'il a rencontré, de l'année 1823 à 1825, trois accouchemens par la face,

deux dans la première présentation, et l'autre dans la troisième. Les deux premiers furent spontanés. Le troisième accouchement eut le même sort. Il n'y est point de conversion. Sous l'influence de fortes contractions, le front s'engagea sous l'arcade du pubis, et le menton s'avança sur le périnée ; l'expulsion fut bientôt achevée. L'enfant, du sexe masculin, pesait six livres. Il était plein de vie.

A côté de ces observations, il existe encore d'autres faits qui devraient nous préparer à reconnaître la possibilité de cette espèce d'accouchement, si Smellie et les observateurs cités ne nous en avaient pas donné des preuves directes. Voici quelques-uns de ces faits.

« Le 5 novembre de l'année 1707, l'on vint me prier, dit Lamotte, d'accoucher la femme d'un ouvrier en draps, qui était en travail depuis trois jours, et que la sage-femme avait abandonnée. J'y allai promptement, et je trouvai cette femme, quoique naturellement forte et vigoureuse, très-fatiguée et comme épuisée par la longueur et la violence du travail. Je commençai par m'instruire de la situation de l'enfant, qui me parut des plus extraordinaires ; ce qui me fit attendre à la fin de la douleur pour m'en mieux assurer, sans néanmoins ne l'avoir pu faire qu'après plusieurs tentatives. Ce n'est pas qu'en conduisant ma main vers la fourchette, je ne trouvasse la partie supérieure de la poitrine de l'enfant, d'autant plus que les clavicules m'ôtoient tout sujet d'en douter, comme aussi le menton, la bouche et le visage, en la portant du côté opposé, c'est-à-dire, vers les os pubis, et par conséquent la gorge occupait le passage ; mais la nouveauté de cette situation faisait mon embarras et ma peine ; je pris le temps entre les douleurs, quoiqu'elles se suivissent de près et qu'elles fussent des plus fortes, de repousser la poitrine d'une main, pendant que je tâchais avec l'autre d'attirer la tête au passage, à quoi je réussis un peu, non pas à la situer comme elle doit être, pour que l'enfant vienne naturelle-

ment, mais seulement la face la première, qu'il fut toute la meilleure situation que je pus donner, et en laquelle il vint au monde, quoique mort faute de secours, et par la longueur du travail. Je délivrai la mère ensuite, qui étant, comme je l'ai dit, d'un bon tempérament, se porta bien, et se releva en assez peu de temps. (Lamotte, *Livre II*ᵉ, page 215).

Voici un fait d'une autre espèce, qui appartient à Mᵐᵉ Lachapelle.

« Une jeune femme, grosse de son premier enfant et arrivée au neuvième mois, accoucha à la Maternité le 24 septembre 1819,

On avait bien reconnu la face au détroit supérieur et dans la quatrième position ; mais comme les douleurs étaient fortes, j'abandonnai à la nature l'expulsion du fœtus. La face, en effet, descendit jusqu'à la vulve toujours transversale. Elle y resta près d'une heure après la rupture des membranes et s'y tuméfia considérablement. Cependant des mouvemens continuels de la langue et des lèvres nous annonçaient que le fœtus conservait ses forces. Enfin, elle sortit sans aucun mouvement de rotation. Le menton s'appuya sur la grande lèvre du côté gauche, vers la branche ischio pubienne de l'os coxal, pendant que le front et ensuite le vertex se dégageaient vers le ligament sacro-sciatique droit. » (*Pratique des Accouchemens*,)

Je crois que les faits que je viens de réunir sur cette espèce d'accouchement par la face, nous démontrent que, si l'expulsion du fœtus est difficile, elle est du moins possible, et qu'à l'aide du forceps on a l'espérance de conserver la vie à l'enfant, tout en épargnant un surcroît d'efforts et de souffrance à la mère. Dans une question où il s'agit de décider sur le sort de deux êtres, j'ai dû, en combattant l'opinion reçue, oublier l'autorité qu'elle emprunte du nom de son auteur, comme je dois signaler aussi le péril auquel on s'expose, en acceptant les préceptes de

la célèbre sage-femme de la Maternité. La version sera toujours une opération dangereuse, surtout à l'époque où elle est réclamée ; au lieu que le forceps, loin d'être un instrument de destruction, comme Mme Lachapelle l'avait jugé, est une précieuse ressource dans ces accouchemens difficiles où l'art doit presque toujours intervenir.

Observation d'otite interne, de carie du rocher, d'encéphalite et méningite du même côté, suivie de quelques réflexions; par M. Bricheteau, *médecin de l'hôpital Necker, etc.*

Suppuration ancienne de l'oreille gauche. Surdité de ce côté. Introduction dans le conduit auditif de petits tampons de linge. Suppression de l'écoulement purulent. Lésions graves de l'encéphale; mort après dix jours de maladie. Inflammation et suppuration de l'hémisphère gauche du cerveau et des membranes cérébrales. Destruction de l'oreille interne. Carie partielle de l'os temporal. — Marc, veuve Auroux, cuisinière, âgée de 49 ans, demeurant rue de Sèvres, N.° 2, entra à l'hôpital Necker, le 1.er août 1834. Cette femme, au rapport de ceux qui l'avaient soignée pendant la maladie qui la conduisait à l'hôpital, avait une *infirmité* de l'oreille gauche depuis vingt ans ; il s'en était suivi la perte de l'ouïe du même côté. L'oreille malade était habituellement le siége d'un écoulement purulent considérable, que la malade avait soin d'absorber par de petits chiffons de linge, de la grosseur du petit doigt, qu'elle introduisait dans le conduit auditif au moyen d'une grosse épingle. Chaque matin elle retirait ce tampon imbibé de pus, et le remplaçait par un autre.

Cette femme avait habituellement de la céphalalgie, des bourdonnemens d'oreille, de la surdité ; d'ailleurs elle avait

de l'embonpoint, une assez belle apparence de santé, et vaquait facilement à ses occupations.

Le 23 juillet au matin, en retirant le linge de son oreille, elle s'aperçut que la suppuration avait beaucoup diminué, aussi fut-elle beaucoup plus souffrante qu'à l'ordinaire.

Le lendemain 24, on observa des symptômes graves, tels que de la somnolence, de la fièvre, du délire, de l'agitation, etc. La malade fut saignée deux fois dans la même journée; cela n'empêcha pas qu'il se déclara un délire furieux accompagné de mouvemens convulsifs et d'une perte totale de connaissance. D'autres moyens furent successivement employés sans succès jusqu'au moment de la translation de cette femme à l'hôpital.

Examinée le 2 août, elle avait la tête renversée en arrière, les pupilles larges, immobiles, l'œil chassieux, la respiration stertoreuse, le pouls faible; il y avait insensibilité presque complète aux plus forts pincemens, etc., des moyens énergiques furent inutilement mis en usage; la malade mourut le lendemain.

Ouverture cadavérique. — La calotte du crâne enlevée, on remarqua un affaissement considérable de l'hémisphère gauche; une pression exercée sur cette surface fit jaillir du pus jaunâtre par une perforation qui existait à la partie antérieure de la dure-mère, vis-à-vis le front. La dure-mère, divisée et renversée, on vit une couche épaisse de pus jaunâtre, qui recouvrait presque tout l'hémisphère et occupait quelques foyers creusés dans les circonvolutions cérébrales qui étaient grisâtres et ulcérées. Cette couche purulente se prolongeait inférieurement jusqu'à la face inférieure du lobe correspondant à la face supérieure de l'os temporal. Dans la substance cérébrale en rapport avec cette surface osseuse, existait un foyer qui aurait pu loger une grosse noix. Cette caverne contenait un pus, non plus jaunâtre, comme celui de la face supérieure de l'hémisphère cérébral, mais sanieux, diffluent et fétide. Les parois de

cette caverne étaient inégales, frangées et comme villeuses ; la substance cérébrale environnante était grisâtre, désorganisée dans l'étendue d'une ligne environ. Il n'y avait aucune trace de pie-mère et d'arachnoïde sur le lobe gauche ; quelque peu de sérosité était épanchée dans le ventricule latéral.

L'autre hémisphère cérébral était sain, ainsi que les autres parties de l'encéphale.

La surface supérieure de temporal, qui sert de paroi au conduit auditif et à la caisse du tympan, était grisâtre et cariée : il y avait une portion de la largeur d'une lentille, par lequel la pointe d'un scalpel pénétrait dans la caisse du tympan, laquelle se trouvait entièrement détruite, ainsi que toutes les autres parties constituantes de l'oreille interne. L'appareil auditif interne ne consistait plus que dans une cavité en partie remplie par un tampon de linge que la malade y avait introduit, ainsi que nous l'avons dit. Toute la surface osseuse de cette cavité était également cariée, inégale et corrodée. Les autres cavités ne furent point ouvertes, et l'extérieur du corps n'indiquait aucune autre lésion.

Des faits de cette nature ont été observés et recueillis par Morgagni, Abercrombie, M. Itard et autres ; un assez grand nombre ont été cités et discutés, même fort longuement, par M. Lallemand dans la quatrième lettre de ses *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale.*

Dans le plus grand nombre de ces cas, l'altération de l'organe de l'ouïe est plutôt supposée ou indiquée qu'elle n'est exactement décrite. Sous ce dernier point de vue, le fait que nous venons de rapporter peut avoir quelqu'importance.

Des auteurs recommandables et même assez récens ont paru croire que la suppuration de l'oreille, qui est le premier symptôme de l'affection complexe qui nous occupe, se propageait au cerveau après avoir carié les os, et était la cause déterminante de l'encéphalite ; ils sont généralement très-frappés de ce que les signes de l'affection céré-

brale n'apparaissent ordinairement qu'au moment de la suppression de l'écoulement auriculaire, et ils en induisent qu'il y a une sorte de métastase de pus sur le cerveau, ou, tout au moins (par suite du défaut d'évacuation) un contact irritant et funeste qui attaque les méninges et l'organe encéphalique lui-même ; mais il est plus simple, plus conforme aux lois d'une bonne physiologie, de considérer l'inflammation du cerveau comme une suite de celle du rocher avec lequel d'ailleurs il se trouve en contact. Dès-lors, l'irritation inflammatoire qui se développe dans un autre point et dans un organe aussi important que le cerveau, explique suffisamment la diminution ou la suspension de la suppuration du conduit auditif, sans qu'il soit besoin de recourir à une métastase ou à quelque propriété corrodante ou ulcéreuse du pus.

Quand on voit la plèvre enflammée sur un poumon sain, le tissu cellulaire en suppuration sur des muscles qui restent intacts, le péritoine phlogosé ou tuberculeux sur des intestins exempts de toute altération, etc., il n'est pas facile d'expliquer comment l'inflammation et la carie de l'os temporal se propagent aux méninges et de là au cerveau, attendu d'ailleurs la différence de composition des tissus affectés. L'explication fondée sur la continuité des parties ou sur le *consensus* des organes présente des difficultés qui engagent le médecin à chercher ailleurs la solution de cet important problème. Encore une fois, les tissus de l'économie animale sont séparés par une sorte de barrière que la nature respecte en mille et mille circonstances ; pour ce qui est de la sympathie organique, il ne paraît pas y en avoir beaucoup entre un os presqu'insensible, et l'organe, centre de l'innervation, et d'où semble émaner toute sensibilité.

Le point de départ de la suppuration dans les affections concomitantes de l'oreille et du cerveau, forme un autre sujet de discussion passablement obscur ; Morgagni admet-

tait que la maladie, née dans le conduit auditif, se propageait constamment au rocher et de là au cerveau; d'autres, au contraire, ont prétendu qu'elle commençait toujours dans l'encéphale et se dirigeait ensuite vers la portion voisine du temporal et au conduit auditif. Parmi ces derniers il faut remarquer Laubius, cité par Morgagni et M. Lallemand, et M. Itard, auteur d'un bon ouvrage sur les maladies de l'oreille. Cet auteur pense que, dans ce cas, il se forme, dans l'intérieur du crâne, aux dépens du cerveau et de ses membranes ou même des os, une suppuration qui, après avoir pénétré dans l'oreille interne, soit par des trous faits au rocher au moyen de la carie, soit à la faveur des ouvertures naturelles de cet os, se fait jour au-dehors par le conduit auditif externe, ou, ce qui est infiniment rare, par la trompe d'Eustachi. Il nomme d'ailleurs cette maladie ainsi parvenue dans le conduit auriculaire, *otorrhée cérébrale.*

On s'est aussi demandé pourquoi la portion de l'os temporal appelée *rocher*, était presque toujours le siége de la lésion concommittante du crâne et du cerveau. On a beaucoup discuté sur ce point, et je crois même proposé une théorie fondée sur la nature spongieuse des cellules mastoïdiennes; mais il paraîtra beaucoup plus simple, sans doute, d'expliquer cette marche à-peu-près constante des deux affections, par la nature, la position et les usages du conduit auditif, creusé dans le temporal, conduit qui se trouve, par la nature même des fonctions qu'il remplit, incessamment exposé à l'air, et par conséquent à l'action des causes irritantes susceptibles d'engendrer l'inflammation. Cette particularité d'organisation me semble même trancher la question de théorie traitée par les auteurs, de nouveau agitée dans cette notice, et dont nous croyons pouvoir donner la solution suivante : *Inévitablement la phlegmasie commence par le conduit auditif, se propage au cerveau de l'extérieur à l'intérieur, et jamais très-proba-*

blement la maladie ne procède de la lésion encéphalique à celle de l'oreille. Nous ajouterons encore une dernière considération : c'est que les accidens, quels qu'ils soient, s'ils agissaient d'abord sur les organes contenus dans le crâne, feraient assurément périr le malade avant que les désordres organiques eussent eu le temps de se propager à l'os temporal. Morgagni semble même avoir eu une pensée analogue à celle que nous émettons ici, lorsqu'il dit : « Or, comme il est évident que l'oreille peut produire du pus, *et le supporter sans préjudice pour la vie beaucoup plus long-temps que le cerveau*, on voit évidemment aussi quel jugement il faut porter dans des cas analogues que j'ai cités, etc., etc. » (*Lettre quatorzième*, *n.° 6*, *page 514 de la traduction de Destouet et Désormeaux*).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Extrait d'un mémoire du docteur Stokes, *de Dublin*, *sur le diagnostic des anévrysmes internes* (1).

Obs. Ire *Anévrysme de l'artère hépatique; obstruction et distension des conduits biliaires; mort par rupture et épanchement dans la cavité péritonéale.* — Samuel Meares, âgé de 35 ans, de conduite régulière, ayant eu autrefois une attaque d'apoplexie, entra dans les salles du docteur Stokes, le 7 avril 1832, affecté d'une jaunisse générale. Neuf semaines auparavant, sans dérangement préalable dans sa santé, il fut pris d'une hématemèse abondante qui dura environ cinq jours; depuis cette époque, diminution de l'appétit; constipation. Le 29 juillet, pour la première

---

(1) *The Dublin Journal*, N.° XV, p. 400. Trad. de l'anglais par le docteur G. Richelot.

fois, légère coloration jaune des jambes et des bras; du reste, pour tout symptôme remarquable, assoupissement. Le lendemain, nausées; douleur à l'épigastre; jaunisse générale; vision jaune. A son entrée à l'hôpital, soif; nausées; douleur épigastrique peu intense augmentée par la pression; urine et matières fécales offrant les caractères qu'elles ont ordinairement dans la jaunisse; pouls 112, tremblotant; abdomen tuméfié, mais surtout vers l'épigastre où l'on pouvait sentir le lobe gauche du foie qui paraissait volumineux et s'avançait vers l'hypochondre gauche. Le lobe droit paraissait également augmenté de volume; son bord inférieur s'étendait jusqu'à l'ombilic. A deux pouces à droite de cette dernière région existait une tumeur pyriforme, molle et fluctuante, que l'on présuma être la vésicule biliaire distendue. Le foie était inégal et sensible à la pression.

Pendant neuf jours, le malade resta dans cet état sans changement remarquable dans les symptômes. Son corps se couvrit d'une éruption miliaire et plus tard d'une éruption pétéchiale. La douleur, ressentie dans la tumeur avec ou sans pression, n'était pas constante; jamais cette dernière ne présenta de pulsations. Le malade n'accusait de douleur que lorsqu'on l'interrogeait sur ce sujet ou lorsqu'on palpait l'abdomen. Le septième jour, quoique la jaunisse fut extrêmement prononcée, les objets étaient vus avec leur couleur naturelle. Soif; anorexie; langue lisse et livide. Le matin du 17 août, le malade s'étant assis sur son lit, se trouva mal, retomba en arrière et expira sans râle, et, en apparence, sans douleur.

Autopsie. — Tout le paquet des intestins était recouvert par une couche de sang récemment caillé, qui s'adaptait à toutes les circonvolutions. Ce large caillot équivalait à une pinte de sang. Le foie, contre toute attente, était plutôt petit que développé; mais il était repoussé en avant par deux tumeurs, qui faisaient saillie sous son bord inférieur.

L'une était formée par la vésicule énormément distendue par la bile; l'autre, située à droite de la première, occupait l'échancrure du bord antérieur du foie; elle avait le volume d'une grosse orange; le tissu cellulaire lui fournissait une enveloppe à surface inégale; elle était généralement adhérente et sans fluctuation; elle appuyait en arrière contre le rachis; le pancréas recouvrait sa moitié inférieure; l'aorte, parfaitement saine, n'avait aucune communication avec elle; la dissection fit reconnaître qu'elle était due à un anévrysme de l'artère hépatique, recouvert par la capsule de Glisson et par du tissu cellulaire, et situé de manière à comprimer directement le conduit biliaire; elle renfermait quelques caillots sanguins. L'ouverture de communication de l'anévrysme avec l'artère était bien délimitée; elle était constituée par une fente ovale qui paraissait être le résultat d'une lésion de tissu parfaitement circonscrite. Les divisions de la veine porte, dilatées, se ramifiaient sur la face interne et inférieure de la tumeur qui avait crevé à sa partie antéro-inférieure. L'état des conduits biliaires dans toute l'épaisseur du foie, était très-remarquable; ils offraient une dilatation énorme jusqu'à leur terminaison. Les premières divisions pouvaient admettre le pouce; la dilatation se continuait jusqu'à la surface du foie où l'on voyait de nombreuses tumeurs, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix, formées probablement par la dilatation des derniers rameaux de ces conduits. Ces tumeurs contenaient de la bile qui en sortait avec force quand on les incisait; leur couleur était vert-foncé. La substance du foie était friable, ramollie, et semblait gorgée de bile. Le tube gastro-intestinal était sain.

Nos connaissances sur les anévrysmes de l'artère hépatique sont extrêmement bornées. Le docteur Stokes n'a pas pu trouver dans les auteurs un seul cas où les symptômes de cette affection eussent été observés pendant la vie. Bien que dans celui qui précède, la nature de la maladie

n'ait pas été soupçonnée pendant la vie, cependant il présente quelques circonstances importantes qui pourraient aider, dans des cas analogues, à former un diagnostic exact.

Le sujet de cette observation avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'instant où il eut une hématémèse; il resta ensuite mal portant jusqu'à l'apparition de la jaunisse, époque à laquelle parurent pour la première fois des symptômes un peu graves, tels que douleur à l'épigastre, nausées, etc.; ceci eut lieu dix jours environ avant son entrée à l'hôpital, et ce fut alors aussi qu'on observa pour la première fois la tuméfaction de l'abdomen.

Le docteur Stokes fit remarquer à ses élèves toute l'obscurité dont ce cas était enveloppé; car le développement apparent du foie, considéré comme un résultat d'hépatite chronique, était beaucoup trop considérable pour s'être effectué en si peu de temps. Ce médecin ne chercha point à expliquer la distension de la vésicule; il ne fit aucune exploration avec le stéthoscope, ce qu'il regrette vivement. Mais une circonstance sur laquelle on ne peut élever aucun doute, c'est que jamais la tumeur ne présenta de pulsations appréciables, soit pour l'explorateur, soit pour le malade lui-même.

L'autopsie cadavérique rendit très-bien compte de la tuméfaction rapide du foie, ou plutôt de son déplacement, causé par la pression de la tumeur anévrysmale. Un phénomène semblable est rapporté par le docteur Beatty, dans une observation remarquable d'anévrysme de l'aorte abdominale qu'il a publiée dans le cinquième volume du *Dublin hospital Reports*. Dans ce cas, quelque temps avant la mort, le foie parut tuméfié; son volume s'accrut de jour en jour; le malade mourut par rupture du sac anévrysmal dans la plèvre droite. Lorsqu'on se disposa à ouvrir le cadavre, la tuméfaction du foie avait disparu, ce qui fut facilement expliqué par les résultats nécroscopiques. Le doc-

teur Beatty, trouvant le foie sain et portant l'impression des côtes à sa face convexe, fait les remarques suivantes : « L'augmentation apparente dans le volume du foie était due évidemment au grand développement de la tumeur anévrysmale qui le refoulait en bas, et la disparition de cette prétendue tuméfaction venait de ce que l'anévrysme, se vidant dans la plèvre, avait laissé le foie reprendre sa position normale. Les impressions profondes laissées par les côtes sur le foie, sont une preuve de la compression à laquelle ce viscère était soumis, et expliquent les douleurs ressenties dans le côté droit, douleurs qui pouvaient faire croire à une hépatite. »

Une des circonstances les plus remarquables de l'observation de M. Stokes, c'est le peu d'intensité de la douleur. Sous ce rapport, elle se distingue de la plupart des observations d'anévrysme de l'aorte abdominale, où, comme dans le cas du docteur Beatty, des coliques atroces forment le symptôme dominant. Si des observations ultérieures s'accordent avec celle-ci pour l'absence ou le peu d'intensité de la douleur dans les cas d'anévrysme de l'artère hépatique, nous avons là un signe diagnostique de plus. L'artère hépatique n'étant point entourée par des tissus inextensibles, comme cela a lieu pour l'aorte abdominale, particulièrement dans la portion supérieure, mais, se trouvant au contraire renfermée par une membrane séreuse qui cède facilement, on conçoit que sa dilatation anévrysmatique puisse s'opérer sans douleur ou avec peu de souffrance.

La même condition anatomique peut expliquer l'absence des pulsations énergiques que présentent ordinairement les tumeurs anévrysmales; du moins, cette explication peut-elle être admise pour les premiers temps de la maladie. La force de l'impulsion du cœur comme des artères, à l'état sain comme dans l'état morbide, est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnée à la résistance des parties envi-

ronnantes. Le docteur Stokes est presque certain que l'impulsion violente du cœur dans la phthisie est due à ce que le poumon a perdu une grande partie de son élasticité, et offre ainsi plus de résistance aux mouvemens du cœur.

Ainsi nous avons, comme causes non encore indiquées de développement apparent du foie, l'anévrysme de l'artère hépatique et celui de l'aorte abdominale. Ceci doit être présent à l'esprit de tout praticien à l'observation duquel se présente une affection obscure du foie ou de la vésicule biliaire.

Obs. II.° — *Anévrysme de l'artère innominée; hémiplégie; dysphagie et respiration striduleuse. Oblitération des artères carotide et sous-clavière, et des veines jugulaires et innominées du côté droit.* — Michael Mears, cordonnier, âgé de 34 ans, robuste, fut admis à l'hôpital Meath, le 29 décembre. Les symptômes les plus saillans étaient les suivans : toux; gêne de la respiration; douleur dans la poitrine, dans la tête et dans le cou. Dans la nuit qui suivit son entrée, hémiplégie à gauche. Quelques années auparavant il avait eu la syphilis, et plusieurs fois depuis il avait été *mercurialisé* pour combattre ce qu'il appelait des douleurs rhumatismales. Il y a un an, il était à l'hôpital de Steven pour cette dernière affection; la douleur avait alors son siége principal dans les épaules, dans la tête et dans le dos. Il fut guéri, après un mois de traitement, par les vésicatoires, les bains et les purgatifs. Depuis ce temps il avait joui, disait-il, d'une bonne santé, quoique sujet à des attaques de dyspnée, surtout après un effort un peu considérable, et à un engourdissement du bras *droit*.

Les symptômes qui le déterminèrent à entrer à l'hôpital débutèrent cinq semaines auparavant, à la suite d'un refroidissement. Il éprouva de la douleur dans la poitrine, le cou et la tête. Le lendemain, toux courte et sèche; raideur du cou; mal de gorge; déglutition difficile. La dou-

leur de la poitrine avait son siége principal à la partie supérieure du côté droit, et était exaspérée par une inspiration profonde. S'étant adressé au dispensaire, il fut saigné, on lui mit des vésicatoires, etc.; mais se trouvant plus mal, il entra à l'hôpital. Il n'avait alors cessé ses travaux que depuis quatre jours. Au moment de son entrée, l'auscultation fournit les signes de la pleurésie sèche sous la clavicule droite.

Le lendemain matin, somnolence. Tiré de cet état, il répondait aux questions avec lenteur et d'une voix peu distincte. Le côté gauche était presque entièrement privé du mouvement et de la faculté de sentir; la bouche était déviée à droite; la langue, en sortant de la bouche, se dirigeait à gauche; le malade ne pouvait la diriger du côté opposé. Pupille gauche légèrement dilatée, moins sensible que l'autre à l'action de la lumière; ouïe un peu diminuée. Le malade raconta que s'étant levé dans la nuit pour aller à la chaise-de-nuit, au moment où il voulut revenir il éprouva des vertiges et tomba sur le plancher. Jamais auparavant il n'avait eu d'attaque semblable; mais depuis cinq semaines il éprouvait de la céphalalgie, des bourdonnemens, des tintemens d'oreilles, des vertiges en se baissant, des étincelles qui passaient devant ses yeux. Un instant avant de sortir de son lit, il avait été pris d'un léger engourdissement du bras gauche qui s'était augmenté peu-à-peu, et s'était étendu à la jambe du même côté. — *Etat actuel :* Douleur vive dans le côté droit et la partie postérieure de la tête et du cou; déglutition difficile; dyspnée; douleur dans la poitrine; toux laryngienne (*of a laryngeal character*), avec expectoration muqueuse, écumeuse, peu abondante; respiration, 18; pouls, 84, et plein au poignet gauche, mais imperceptible au poignet droit: l'exploration la plus attentive ne put faire découvrir aucune pulsation à l'artère brachiale ou à l'artère axillaire de ce côté; langue chargée, offrant à sa partie centrale une couche

épaisse de matière brune foncée ; soif vive ; constipation ; urines involontaires ; température des deux côtés presque égale.

La poitrine résonnait bien dans toute son étendue, excepté vers l'extrémité sternale de la clavicule droite, où le son était tout à-fait mat. Respiration dans le poumon gauche, fortement puérile, très-faible à droite, en avant et en arrière, mais sans mélange de râle. En appliquant le sthétoscope sur l'extrémité sternale de la clavicule droite, on percevait une double pulsation très-intense et une forte impulsion qui allait en diminuant à mesure qu'on approchait du cœur, dont les bruits et l'impulsion étaient naturels. En appliquant les doigts derrière la clavicule, on percevait dans la direction de l'artère innominée une petite tumeur pulsative. En aucun point de la poitrine il n'y avait de bruit de soufflet.

Ces symptômes furent amendés par des saignées locales, des applications réfrigérantes sur la tête et le cou, et des purgatifs. Mais le 5 janvier, aggravation de l'état du malade ; inflammation diffuse du tissu cellulaire des tégumens du cou, depuis la clavicule jusqu'à la mâchoire inférieure ; la tuméfaction qui en résultait était molle, élastique, accompagnée de peu de changement dans la couleur de la peau, mais extrêmement sensible à la pression, qui y déterminait une crépitation évidente ; visage livide et bouffi ; veines superficielles de la tête et du cou engorgées, surtout à droite ; respiration laborieuse, précipitée, accompagnée d'un râle trachéal très-fort ; déglutition difficile et très-douloureuse ; pouls, 96 ; selles normales ; urines involontaires. (Sangsues ; fomentations alcoholiques sur le cou ; pilules purgatives ; lavemens). Ce traitement produisit encore un soulagement temporaire.

Le 16 janvier, sommeil bon ; sentiment de faiblesse ; l'inflammation diffuse du cou et de la face a disparu ; les veines superficielles de la tête et du cou sont moins disten-

dues ; la céphalalgie est moins intense ; cependant elle est encore très-vive (ce symptôme existe d'une manière remarquable depuis l'entrée du malade) ; pupilles également larges et également sensibles à la lumière ; les fèces et l'urine sont rendues involontairement ; la douleur du côté droit du cou persiste ; le malade tient habituellement sa tête inclinée vers l'épaule droite, attitude où il souffre moins ; l'hémiplégie persiste ; la matité s'étend aux deux tiers internes de la clavicule droite, et à un doigt au-dessous de cet os ; on sent une tumeur distincte, mais qu'on ne peut circonscrire ; battement derrière le sternum et l'extrémité sternale de la clavicule, offrant une impulsion plus forte qu'au moment de l'entrée du malade ; le double bruit est plus distinct en ce point qu'à la région du cœur ; appétit, mais déglutition difficile.

Le 25 janvier, douleur aiguë entre les épaules, s'étendant jusqu'à la tête ; céphalalgie très intense ; la tumeur a beaucoup augmenté de volume ; on peut en apercevoir les battemens à quelque distance du malade ; elle s'étend à environ un pouce au-dessus de la clavicule ; elle est limitée en dedans par la ligne médiane et en dehors par le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien ; le malade compare la douleur de la tête et du cou à la sensation que produirait de l'eau bouillante qui glisserait le long de ces parties. L'empâtement des tégumens contribue sans doute à faire paraître la tumeur plus volumineuse qu'elle n'est réellement. Pouls presqu'imperceptible au poignet droit ; diminution de la dysphagie, malgré le développement de la tumeur ; son complètement mat dans presque toute l'étendue de la clavicule droite, à deux doigts au-dessous, et sur le tiers supérieur du sternum ; point de bruit de soufflet. *Le reste du côté droit donnait un son clair, mais le bruit respiratoire y était extrêmement faible, tandis que dans tout le poumon gauche il était puérile à un haut degré.* . . . .

Le docteur Stokes essaya les petites saignées répétées, en même temps que les forces du malade étaient soutenues par une alimentation animale peu abondante ; il prescrivit en outre le moins possible de liquides. La première saignée fut faite le 28 ; on tira six onces de sang. La tête en fut soulagée. Le lendemain, visage meilleur ; turgescence des veines diminuée. L'amélioration dura peu. Les symptômes revinrent au bout de deux jours. (Saignée ; digitale ; calomel). Léger amendement ; la tumeur continue à se développer. Respiration striduleuse (*stridulous*) ; toux laryngienne ; dysphagie ; dyspnée intense, avec râle très-fort dans la gorge ; le stéthoscope indique une bronchite intense dans le poumon gauche. Le 3 février, la tumeur apparut au-dessus de la clavicule ; elle fournissait les mêmes signes stéthoscopiques. Le 6, râle trachéal intense ; augmentation de la dyspnée et de la dysphagie ; peau chaude et sèche ; pouls, 118, régulier. La saignée produisit encore un peu de soulagement.

Le 11, augmentation de tous les symptômes. La matité s'étend à tout le quart antéro-supérieur du côté droit de la poitrine, au tiers supérieur du sternum et au quart sternal de la clavicule gauche. La tumeur, au-dessus de la clavicule est environ de la grosseur d'un œuf de poule ; sa forme est irrégulière, semi-lunaire ; elle s'étend de la fourchette du sternum au bord postérieur de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien du côté droit, et à une étendue de deux doigts au-dessus de la clavicule. Aucun changement dans les phénomènes stéthoscopiques, si ce n'est qu'on percevait une pectoriloquie manifeste en appliquant le stéthoscope sur la partie antérieure de la tumeur.

De ce jour jusqu'au 17, la maladie empira. La respiration striduleuse devint constante ; la voix devint aigre, et il y eut aphonie de temps en temps. Les pulsations de la tumeur avaient diminué de nombre ; mais celle-ci était plus étendue, ainsi que la matité. *Respiration dans*

le poumon droit extrêmement faible ; dans le gauche, fortement puérile, et mêlée à un râle muqueux très-intense. La céphalalgie n'a jamais cessé. Le 20, œdème du visage, particulièrement à droite. Matité dans tout le côté droit de la poitrine ; en y appliquant la main au moment où le malade parle, on n'y sent aucune vibration. De cette matité, le docteur Stokes conclut qu'il s'était fait un épanchement séreux dans la plèvre droite. Pendant l'inspiration, le côté droit se dilatait très-peu, mais avec collapsus considérable de l'abdomen. Le côté droit de la face était œdémateux, ainsi que le bras paralysé ; ce qui n'avait pas lieu pour le bras droit et les membres inférieurs. L'émaciation des membres inférieurs, comparés aux supérieurs, était très-remarquable. Mort le 27. La tumeur s'élevait aussi haut que le cartilage thyroïde, et avait repoussé la trachée à gauche,

Autopsie 7 heures après la mort. — Rien de remarquable à la surface externe de la dure-mère. En divisant les méninges, il s'écoula environ quatre onces de sérosité. Surface du cerveau plus pâle qu'à l'ordinaire, mais à cela près, ferme et saine. Les ventricules contenaient une demi-once de sérosité, le corps strié du côté droit était injecté, semblait comprimé, et se trouvait plus rapproché qu'à l'ordinaire de la ligne médiane. On trouva dans la substance du cerveau un abcès situé vers la partie moyenne de l'hémisphère droit, commençant au-dessus et en dehors du ventricule latéral, et se dirigeant en bas et en avant presque parallèlement à lui, mais n'ayant aucune communication avec cette cavité. L'abcès contenait environ une once de pus épais, blanc, ressemblant à la substance du cerveau ramollie et mêlée avec du pus. La substance cérébrale environnante et le bord externe du corps strié étaient un peu ramollis.

A l'extérieur, la tumeur avait beaucoup diminué de volume. Le larynx, la trachée et l'œsophage qui, avant la

mort, étaient refoulés à gauche au point de se trouver au-dessus du tiers moyen de la clavicule, étaient revenus au-dessus de l'extrémité sternale du même os. Le tissu cellulaire du cou et de la partie supérieure du thorax était infiltré par un liquide gélatineux, jaune. Les muscles étaient pâles et ramollis, et le fascia cervical très-épaissi. Le poumon droit était affaissé, et réduit à une masse comme charnue et noirâtre, ressemblant un peu aux poumons d'un fœtus. Entre les deux plèvres, adhérences solides, évidemment d'ancienne date; en quelques endroits, la plèvre costale était opaque et avait près d'un huitième de pouce d'épaisseur. Les adhérences n'étaient pas complètes à la surface du poumon où elles formaient des cellules circonscrites. Ces cellules étaient remplies par de la sérosité jaune; quelques-unes en contenaient de deux à quatre onces. Le poumon gauche était très-volumineux, et offrait quelques adhérences avec la plèvre costale; il paraissait un peu hypertrophié et plus ferme qu'à l'ordinaire; les vaisseaux étaient un peu engorgés, et les tubes bronchiques étaient remplis de mucosités. Le péricarde contenait environ deux onces de sérosité jaune. La surface antérieure du cœur était colorée en jaune-brun; mais à cela près, cet organe était sain. L'aorte était un peu dilatée, ses tuniques épaissies; sa tunique interne était inégale, garnie de nodosités, d'un rouge livide, et tachetée en jaune. Cet état était très-remarquable à la courbure, mais il existait dans toute l'étendue de l'aorte thoracique. L'anévrysme occupait l'artère innominée. Toute la partie antérieure de l'artère était détruite et remplacée par les parois du sac anévrysmal; sa partie postérieure, au contraire, était saine depuis sa naissance jusqu'à sa division. L'anévrysme n'offrait d'abord que deux pouces de circonférence, puis il s'élargissait graduellement jusqu'à égaler le volume d'une grosse noix de coco. Ses parois avaient une épaisseur variable; dans quelques points, elles étaient presque aussi minces qu'une feuille de

papier. Le doigt, introduit par l'aorte dans l'ouverture de communication du sac avec l'artère innominée, sentait le caillot volumineux, fibreux et lamellaire qui remplissait cette cavité en grande partie. La tumeur avait tellement comprimé la trachée que l'extrémité libre de ce côté des cerceaux cartilagineux chevauchait sur l'extrémité du côté opposé, et interceptait presque le passage de l'air. L'artère carotide et la veine jugulaire, situées en arrière du sac, étaient applaties et oblitérées par un caillot solide. Le nerf vague était applati, ses fibres étaient rendues évidentes, et étaient injectées. Les veines innominées à droite et à gauche étaient applaties et complètement oblitérées à la surface antérieure de la tumeur. L'artère carotide gauche et la sous-clavière étaient saines; mais la sous-clavière droite était tellement comprimée à son origine, que le sang n'avait pu sortir de l'artère innominée, bien que le sang parût avoir pénétré dans la cavité de la sous-clavière par les anastomoses; car l'artère reprenait son volume immédiatement après son origine, et était parfaitement saine. Le sommet du poumon était comprimé et aplati par suite de la pression exercée par la tumeur.

L'observation qui précède est remarquable, et parce qu'elle offre les signes locaux, généraux et stéthoscopiques d'un anévrysme de l'artère innominée, et à cause de la complication de cette maladie avec une affection cérébrale.

Quelque temps avant le commencement de sa dernière maladie, le sujet de cette observation éprouvait fréquemment de la dyspnée qui était déterminée par tout effort un peu considérable, et une sensation d'engourdissement dans le bras droit. Il fut pris de sa dernière maladie après s'être exposé au froid; il éprouva alors de la douleur dans la tête, dans le cou et dans la partie supérieure du côté droit de la poitrine; cette dernière douleur était accrue par une inspiration profonde. Il eut ensuite une petite toux sèche, de la raideur dans le cou, mal à la gorge et un peu de

dysphagie. Il est difficile de dire si, à cette époque peu avancée, la dysphagie était produite par l'état du gosier ou par l'anévrysme. On dit généralement que la dysphagie, qui reconnaît pour cause un anévrysme de l'aorte, ou d'une des branches qu'elle produit immédiatement, n'a lieu que quand la tumeur a atteint un volume considérable. Mais M. Porter a publié dernièrement (1) un cas remarquable où un anévrysme très-peu volumineux de l'aorte avait déterminé la dysphagie. Il reste à déterminer jusqu'à quel point un petit anévrysme de l'artère innominée peut produire ce phénomène.

C'est une question intéressante que celle de savoir jusqu'à quel point la respiration striduleuse avec dysphagie peut être considérée comme signe distinctif entre l'anévrysme de l'artère innominée et celui de l'aorte, au début de ces maladies. Il ne répugne point de croire que la co-existence de ces deux phénomènes morbides doit se rencontrer plus constamment dans le premier cas, puisque la pression de la tumeur anévrysmale de l'artère innominée s'exerce d'abord sur la trachée.

Le malade toussait et éprouvait une vive douleur dans la partie supérieure du côté droit de la poitrine. Doit-on attribuer ces symptômes à la maladie de l'artère innominée? Cette douleur augmentait par la pression et par une inspiration profonde, circonstance qui, jointe avec le bruit de frottement qu'on percevait dans la région sous-claviculaire, portent à penser que cette douleur dépendait, au moins en partie, d'une inflammation pleurétique correspondant à la partie supérieure du poumon droit, diagnostic qui fut vérifié par l'autopsie.

Le docteur Stokes a hésité quelque temps pour admettre le bruit de frottement comme signe de pleurésie sèche dans la partie supérieure des poumons, mais il en a vu des

(1) *Dublin Journal.* T. IV.

exemples assez nombreux pour ne pouvoir douter que dans cette région même les mouvemens de la plèvre sont suffisamment étendus pour donner lieu à ce symptôme.

Il y a aussi quelques mots à dire au sujet de l'attaque de paralysie qui eut lieu dans la nuit du jour même de l'admission du malade. On remarquera que le jour suivant il avait une céphalalgie intense, et que les veines du cou étaient dans un état variqueux. La production soudaine de cette paralysie chez un malade où l'on observait un obstacle mécanique à la circulation cérébrale, pouvait faire croire à l'existence d'un épanchement apoplectique. Cependant d'autres circonstances firent mettre cette opinion de côté : la paralysie eut lieu avant que les signes de congestion veineuse fussent bien marqués; elle fut précédée de quelque temps et accompagnée par une forte céphalalgie; le malade était sujet, quelque temps avant sa dernière maladie, à de la céphalalgie, à des vertiges, à des tintemens d'oreilles, à des éclats de lumière qui passaient devant ses yeux, et ces symptômes s'accompagnaient par fois d'engourdissement du bras et de la jambe gauches. Il existait donc des symptômes d'affection cérébrale avant la paralysie, et les deux seules circonstances qui plaidassent en faveur de l'existence d'une apoplexie, étaient l'instantanéité de l'attaque et l'existence d'un obstacle mécanique au cours du sang. Mais d'abord, il paraît prouvé maintenant que l'instantanéité de l'attaque n'est point un signe infaillible d'hémorrhagie cérébrale, à moins qu'il n'y ait eu préalablement aucun signe d'affection locale du cerveau; car nous savons que la paralysie soudaine coïncide souvent avec un abcès ou un ramollissement circonscrit de ce viscère. Ensuite, bien que la congestion veineuse puisse produire une hémorrhagie circonscrite du cerveau, cependant cette lésion semble liée, en général, plutôt avec une affection du système artériel qu'avec une affection du système veineux. Ici, les symptômes cérébraux étaient parfaitement en harmonie avec les lésions trouvées sur le cadavre.

Quant aux symptômes du côté de la poitrine, l'un des plus remarquables c'est la différence qui existait pour la force entre la respiration d'un poumon et celle de l'autre, quoique le son fût clair à la percussion, excepté seulement dans le point correspondant à la tumeur anévrysmale. Cette circonstance, qui est due à la compression exercée par la tumeur sur une bronche, est très-importante pour le diagnostic des anévrysmes qui ont leur siége dans le thorax, et l'on n'y a pas fait assez d'attention. Dans le cas cité plus haut de M. Porter, ce phénomène était bien marqué et était le seul signe pathognomonique de l'existence d'une tumeur dans la poitrine. Au moment où le docteur Stokes écrivait ce mémoire, il y avait à l'hôpital Meath, un malade en proie à plusieurs des symptômes d'un anévrysme de l'aorte, chez qui cependant aucune tumeur n'était appréciable, et qui offrait le phénomène en question d'une manière remarquable. Ce symptôme peut être utile en outre pour reconnaître, dans certains cas, s'il y a laryngite chronique ou si une tumeur comprime les voies aériennes.

Dans le cas présent, on put facilement suivre le développement de la tumeur anévrysmale à l'aide de la percussion. Cette tumeur donnait dans toute son étendue un double bruit, analogue à celui d'un cœur sur-excité, *mais sans bruit de soufflet ou de râpe.* Cette double pulsation des tumeurs anévrysmales a été notée déjà par plusieurs écrivains. Quelques-uns ont pensé qu'elle était déterminée par le contact de la tumeur anévrysmale avec le cœur qui lui communique une double impulsion. Mais cette explication est inadmissible dans le cas présent et dans tous ceux où la tumeur anévrysmale est encore plus éloignée du cœur et n'a aucune connexion avec lui. Ces doubles pulsations, semblables à celles du cœur, semblent prouver qu'une cavité simple peut, dans certaines conditions, produire un bruit double, et que par conséquent la division du cœur en oreillettes et en ventricules n'est pas nécessaire pour la

production de son double bruit. L'explication des bruits du cœur fondée sur cette division doit donc être rejetée; du reste, l'opinion qui considérerait la systole et la diastole d'une cavité unique ou de deux cavités agissant synchroniquement, avec entrée et sortie d'un liquide, comme les seules conditions nécessaires à la production d'un double bruit, ne paraît point invraisemblable.

On se trompe grandement lorsqu'on considère les bruits de soufflet ou de râpe comme signes d'anévrysme. Souvent ces bruits ne s'entendent nullement, et les faits manquent pour qu'on puisse dire à quoi tient leur présence ou leur absence. Le docteur Stokes a remarqué leur absence dans les anévrysmes de toutes les portions de l'aorte. On a supposé qu'ils étaient dus à une compression exercée sur la tumeur; cependant, dans le cas précédent, il y avait une compression considérable, puisque la clavicule ne se luxa point, et que l'anévrysme, qui s'élevait très-haut, repoussait le larynx et la trachée à gauche: et pourtant aucun bruit de cette espèce ne fut jamais perçu. Il est probable que ces bruits dépendent, non de l'anévrysme lui-même, mais de l'état du vaisseau à celui de ses orifices qui correspond au cœur, de même que les bruits de ce dernier organe sont si fréquemment modifiés par l'état de ses orifices.

Obs. III[e] *Dilatation de l'aorte ascendante; mort par rupture dans le péricarde.* — Thomas Stafford, âgé de 50 ans, entra à l'hôpital le 18 janvier 1831. Dans le mois de septembre précédent, à la suite d'une chute sur le côté droit, ce malade éprouva pendant quelque temps une vive douleur dans cette région. Un mois après, douleur très-aiguë dans la partie supérieure du côté gauche qui dura environ un mois; alors, pulsations entre les cartilages de la seconde et de la troisième côte; de ce moment, diminution considérable de la douleur.

Lors de son entrée: tumeur aplatie, s'étendant de la deuxième côte au-dessous de la troisième, offrant une

double pulsation, semblable à celle du cœur dans un état d'excitation, *et sans bruit de soufflet ni de râpe;* dyspnée nulle dans l'attitude élevée, mais se produisant subitement quand le malade se couche sur le dos; l'auscultation du cœur et des poumons n'offre rien à noter. (Régime sévère, saignées générales et locales; infusion de digitale). Amélioration jusque vers la fin de février. La double pulsation cessa d'être appréciable à la main, mais elle l'était toujours à l'oreille. Le 23 février, douleur vive dans la poitrine, engourdissement du bras gauche; décubitus à gauche et dorsal impossibles. La saignée locale et un vésicatoire produisirent quelque amélioration, mais la position horizontale exaspérait les souffrances. La double pulsation pouvait être de nouveau sentie. Le 26, saignée du bras, diminution immédiate de la douleur, de la poitrine et de l'épaule, et de l'engourdissement du bras; le malade peut rester couché. Même état jusqu'au 11 avril, où, assis sur son lit et parlant aux autres malades, il tombe en arrière et expire.

Autopsie. — Emaciation; point d'œdème; vaste dilatation de l'aorte ascendante, commençant au niveau des valvules semi-lunaires, et se terminant à l'origine de l'artère innominée. La tumeur adhérait au côté gauche du sternum, aux cartilages de la deuxième et de la troisième côte, et avait le volume d'un œuf d'oie. Elle avait crevé dans le péricarde. La fente, longue d'un demi-pouce, était située à la face antérieure du sac; le péricarde renfermait un caillot volumineux, et était distendu par de la sérosité sanguinolente; le sac anévrysmal ne renfermait point de lames concentriques; la tunique interne de l'aorte thoracique offrait de nombreuses ossifications. Le cœur et les poumons étaient sains.

Dans cette observation nous avons un exemple d'anévrysme de l'aorte (dilatation simple), offrant le phénomène de la double pulsation, et où l'on observa

jamais ni bruit de soufflet ni bruit de râpe. Ici, à cause du siége de la maladie, on pourrait supposer que la double pulsation était communiquée à la tumeur par le cœur lui-même; mais nous avons vu dans l'observation II.e que ce symptôme peut avoir lieu dans des cas où cette explication est inadmissible. Dans le cas présent comme dans celui qui le précède, l'auscultation a fourni des renseignemens exacts sur l'état du cœur et sur celui de l'aorte.

Dans l'observation suivante, nous verrons, d'une manière bien marquée, l'inégalité du bruit respiratoire dont il a été question plus haut.

Obs. IV.e — *Anévrysme de l'aorte thoracique, sans tumeur appréciable à l'intérieur; diagnostiqué pendant la vie.* — Patrick Walsh, âgé de 26 ans, entra dans le service du docteur Stokes, le 23 juillet 1832, accusant de la toux et de la dyspnée. Depuis plusieurs années il toussait, mais ce symptôme s'était considérablement aggravé depuis dix jours. Ce malade fut considéré comme atteint de bronchite; cependant le docteur Stokes fut frappé de l'aspect de son cou, qui était tuméfié. Ce pathologiste compare l'aspect du cou ainsi tuméfié, à celui qui serait produit en entourant cette partie avec un collet montant ou un rabat. Les veines jugulaires étaient distendues et tortueuses. Point d'œdème des membres; aucun symptôme d'épanchement abdominal. Le malade se plaignait d'une petite toux, avec expectoration muqueuse et mousseuse; d'une douleur *perçante* de l'épaule droite, s'irradiant vers le mamelon, et arrêtant souvent la respiration. La toux et la dyspnée étaient toujours plus intenses vers le soir, et le sommeil était souvent interrompu par des rêves effrayans. Pouls régulier à 100, un peu moins fort au poignet droit qu'au poignet gauche. L'impulsion du cœur était à peine augmentée; cependant ses bruits s'entendaient fortement dans une grande étendue de la poitrine; à gauche, le premier bruit s'accompagnait d'un léger bruit de râpe. Le son

était un peu mat à la partie antérieure de la poitrine, mais d'une manière très-prononcée à la région sous-claviculaire droite. En arrière, la sonoréité était meilleure. A la région sous-claviculaire droite, respiration faible avec léger râle muqueux ; à la région acromiale droite, respiration trachéale ; dans le poumon gauche, respiration puérile. En appliquant une main sur le scapulum droit, et l'autre au-dessous de la clavicule, on percevait une impulsion éloignée, mais distincte, et qui paraissait synchrône avec les battemens de l'artère radiale. Aucun bruit de soufflet, ni sous les clavicules, ni dans la région acromiale. Le malade avait un peu de dysphagie depuis le début de la tuméfaction du cou. Le docteur Stokes annonça comme très-probable un anévrysme de la crosse de l'aorte. Le malade fut traité par de petites saignées locales et générales, et se trouva promptement soulagé au point de vouloir quitter l'hôpital. Le docteur Stokes l'engagea à éviter tout excès, dans la crainte d'une morte subite. Quelque temps après il entra dans un autre hôpital, où il mourut subitement comme il causait avec d'autres malades.

La mort fut causée par la rupture dans la plèvre d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

« La circonstance, dit le docteur Stokes, qui attira particulièrement mon attention dans ce cas, c'est l'aspect singulier du cou du malade. Ici, deux phénomènes se présentaient à l'observation : l'état de distension des veines jugulaires, et la tuméfaction spéciale du cou (*collar or tippet-like appearance*). Je veux surtout attirer l'attention de mes lecteurs sur ce dernier point, parce qu'il me semble propre à faire distinguer l'œdème qui est produit par une maladie pulmonaire, de la tuméfaction qui résulte d'une obstruction immédiate des vaisseaux du cou. Dans le cas présent, bien que le cou fut très-gonflé, cependant on ne pouvait pas dire qu'il fut œdémateux, et il n'y avait aucune proportion entre le gonflement de cette région et

celui de la face; la légère tuméfaction de la face, qui existait lors de l'admission du malade, disparut même complètement sous l'influence du traitement adopté. D'après l'aspect de ce genre de tuméfaction, la sensation qu'elle donne au toucher, son état circonscrit, son existence sans épanchement séreux dans d'autres régions, je suis porté à la regarder comme produite par la distension des veines, plutôt que par l'infiltration du tissu cellulaire. Chez le nommé Mears (*obs.* 2.ᵉ), cette tuméfaction eut lieu d'abord du côté correspondant à l'anévrysme de l'artère innominée, tandis qu'ici elle existait également des deux côtés. Chez le nommé Stafford (*obs.* 3.ᵉ), la tuméfaction en question persista après que le gonflement des veines eut cessé. »

Peut-on, d'après l'état de distension des veines jugulaires, arriver à la connaissance du siége, de l'étendue ou de la nature de l'affection qui cause cette distension ? Le docteur Reynaud a déjà fait voir que l'existence d'une circulation collatérale superficielle, par laquelle les veines de la tête communiquent largement avec les veines intercostales, mammaires, etc., peut être considérée comme un signe de l'oblitération de la veine-cave supérieure, tandis que la même condition de la veine épigastrique et des autres veines abdominales superficielles indique une oblitération de la veine-cave inférieure ou de la veine-porte. Dans le cas de Mears, la tuméfaction et la tortuosité de la veine jugulaire furent observées d'abord du côté de la tumeur, et ensuite, à mesure que celle-ci augmentait, la veine jugulaire de l'autre côté présenta la même condition. L'état des veines innominées expliqua suffisamment cette circonstance.

Le docteur Stokes a vu un cas d'anévrysme rapporté à l'artère sous-clavière, et où cet état des veines existait des deux côtés. A l'autopsie, on vit que l'artère innominée participait à la maladie. Il résulte de là que, dans un cas

d'anévrysme de l'artère sous-clavière droite, lorsque les veines jugulaires sont variqueuses *des deux côtés*, c'est un puissant argument contre toute opération chirurgicale ; car on a la presque certitude que l'anévrysme est assez volumineux pour comprimer les deux veines innominées, ou que la maladie est plus profondément située, et intéresse l'aorte ou l'artère innominée.

Une des circonstances les plus remarquables des effets de la compression d'une tumeur anévrysmale sur les parties environnantes, c'est leur variabilité, au moins dans les temps peu avancés de la maladie. Ceci s'applique à la respiration striduleuse, à l'aphonie, à la dysphagie et à la distension des veines. Le docteur Stokes manque d'observations pour prouver que cela s'applique aussi à la faiblesse de la respiration d'un côté de la poitrine; mais l'analogie permet de l'admettre. Cette circonstance est due, en partie au moins, au changement de volume des tumeurs anévrysmales, et à ce que les parties environnantes s'adaptent à ces variations de volume. On conçoit comment ce défaut de constance dans les effets de la compression peut servir à distinguer un anévrysme d'une tumeur *solide* développée dans la cavité thoracique.

Le docteur Stokes revient ici sur l'inégalité de respiration dans les deux poumons :

« Lorqu'une tumeur anévrysmale comprime un rameau bronchique, nous observons une faiblesse remarquable de la respiration du côté correspondant. Cette faiblesse s'étend à tout le poumon, si c'est la bronche principale qui est comprimée ; mais je crois qu'elle sera plus remarquable dans le lobe supérieur ou dans l'inférieur, suivant certaines circonstances. Avec cette faiblesse de la respiration dans un poumon, coïncide une respiration plus ou moins puérile dans le côté opposé, tandis que la percussion donne un son égal, du moins dans le commencement, et que l'auscultation ne fait découvrir aucune lésion du poumon où de

la plèvre pour expliquer cette différence. Dans une période peu avancée, nous avons encore un peu de bruit respiratoire ; mais à mesure que la tumeur augmente de volume, ce bruit respiratoire disparaît, la respiration devient trachéale, et l'on trouve une matité en proportion avec l'étendue de la tumeur ; alors ordinairement les autres symptômes de l'anévrysme se sont manifestés. Je ne considère point le phénomène de l'inégalité de respiration comme un signe pathognomonique de l'existence d'un anévrysme intra-thoracique ; ainsi que tout symptôme, il n'a de valeur que quand il est lié à d'autres circonstances. . . . . . D'autres maladies peuvent produire ce symptôme ; toutefois, il est évident que, dans tous les cas où l'on a des raisons pour soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte, par exemple, ce symptôme aura une grande valeur, et que lorsqu'il se présentera, on devra toujours prendre en considération la possibilité d'un anévrysme et se rappeler que, de toutes les causes qui le produisent, celle-ci est la plus fréquente. »

Choix d'observations publiées par la Société Médico-chirurgicale d'Edimbourg. (II.e extrait). (1)

Affections du système nerveux.

Obs. XIII.e — *Céphalalgie périodique ; épanchement séreux dans les ventricules cérébraux ; tumeur du cervelet ;* par Josiah Allsop. — James Scott, âgé de 6 ans, commença à éprouver en septembre 1829, de violens accès de céphalalgie qui se renouvelèrent d'abord tous les huit jours, puis deux fois par semaine. Pendant quatre mois, sa santé se montra parfaite dans les intervalles. Il était bien développé, avait de l'embonpoint, bon appétit ; toutes les fonctions s'accomplissaient bien. Cet état de santé apparente ne cessa que peu de temps avant sa mort.

---

(1) *Voyez* le Numéro précédent, p. 392.

La veille du jour de l'accès, le petit malade paraissait languissant et soupirait souvent dans la soirée. Il se réveillait le matin de bonne heure, avec une vive douleur de la tête et des nausées qui le mettaient en quelques minutes dans un état de souffrances excessives; il demandait qu'on lui serrât la tête; il vomissait; les pupilles étaient dilatées, insensibles à la lumière, et présentaient irrégulièrement des tentatives de contraction et de dilatation, à la lumière comme à l'ombre. Le pouls était lent, faible et irrégulier. La douleur commençait au-dessus de l'œil gauche, et se propageait delà à l'occiput. Lorsque la douleur était très-intense, la tête se renversait en arrière. Chaque accès durait de cinq à douze heures, avec quelques rémissions incomplètes. L'enfant s'endormait et se réveillait gai et bien portant. En février 1830, la lumière commença à être supportée difficilement. Les pupilles ne se dilataient et ne se contractaient qu'imparfaitement; le petit malade éprouva des douleurs vagues dans le tronc et dans les extrémités. Au niveau de la dernière vertèbre cervicale, il y avait une légère sensibilité à la pression; la dilatation des pupilles augmenta; la vue se troubla de plus en plus, et le malade tomba dans une cécité presque complète. A cette époque de la maladie, la céphalalgie resta près d'un mois sans reparaître. Le malade éprouvait alors des picotemens à la peau, quelques élancemens dans le côté gauche; il marchait avec des mouvemens saccadés, et tenait sa tête inclinée de côté. En mars, affaiblissement extrême; dernier accès de céphalalgie, laissant après lui des douleurs vagues très-vives dans tout le corps; pouls, 104, il n'avait pas été fréquent jusque-là; sensibilité à la pression de tout le trajet de la colonne vertébrale; le malade ne pouvait plus se tenir debout; paralysie incomplète des membres inférieurs, plus marquée à droite; constipation; rétention d'urine; accès fébriles pendant lesquels les pupilles se contractaient pour se dilater de nouveau ensuite; persistance

de la cécité ; pouls 124. Vers la fin de mars, le malade n'accusa plus de douleur que quand on le touchait. Du 1.er au 3 avril, assoupissement ; écoulement purulent des yeux ; déglutition difficile ; respiration intermittente, très-irrégulière. Le malade mourut le 3 avril, non asphyxié, mais en apparence d'épuisement ; il conserva l'usage de ses facultés intellectuelles jusqu'à la fin.

Autopsie six heures après la mort. — Le corps n'était pas émacié ; les os du crâne n'étaient point écartés aux sutures. La dure-mère était transparente. Les veines de la surface du cerveau étaient distendues et injectées jusques dans leurs petites ramifications : on n'observa aucun point sanguin dans la substance blanche du cerveau. La substance grise avait une consistance normale. La substance blanche était extrêmement dense, surtout vers le centre de chaque hémisphère ; sa couleur était d'un blanc mat. Les ventricules latéraux et les parties qui communiquent avec eux, étaient considérablement distendus par de la sérosité limpide, et ils ne s'affaissèrent pas quand cette sérosité s'écoula. Le trou de Monro, à bords arrondis et polis, aurait pu admettre une amande. Le *septum lucidum*, très-ferme, était séparé en deux feuillets par une collection de sérosité. Le quatrième ventricule était rempli par de la sérosité. L'infundibulum, semblable à un véritable entonnoir, renfermait le même liquide. La membrane qui tapisse le troisième ventricule, était opaque, épaissie, et pouvait facilement s'enlever. Les nerfs optiques étaient mous, jaunes et diminués de volume. Toutes les dépressions naturelles de la base du cerveau étaient remplies par une matière transparente, jaunâtre, semblable à de la gelée, située entre la pie-mère et l'arachnoïde, qui était opaque. Cette matière suivait le trajet des vaisseaux dans les différentes fissures. Les veines du cervelet étaient injectées ; à la partie postérieure et inférieure de chacun des lobes de ce viscère, il y avait une petite portion ramollie

et semi-transparente. Le lobe gauche, qui était le plus altéré, offrit en cet endroit un corps dur, comme squirreux, opaque, dont le tissu semblait homogène, ayant au centre la couleur de la crême, de la grosseur et de la forme d'une noix; le pourtour de cette tumeur était semi-transparent, mais il offrait autant de densité que la partie centrale; on ne put y découvrir ni lamelles ni fibres. Cette tumeur, dans son développement, n'avait point refoulé les tissus qui constituent le lobe cérébelleux, mais elle les avait envahis sans distinction, et les avait transformés dans son tissu, ainsi que la pie-mère. Les membranes de la moelle étaient remplies de sérosité. La moelle paraissait saine; elle était très-ferme, mais moins que la partie centrale des hémisphères cérébranx.

Obs. XIV.e — *Epilepsie. — Turgescence veineuse dans la partie supérieure du cerveau et du cervelet;* par Josiah Allsop. — W. Ward, âgé de 13 ans, éprouva pendant deux ans des accès d'épilepsie. Ces accès se renouvelaient à des intervalles irréguliers, ordinairement une fois par semaine; ils duraient pendant quelques minutes, étaient accompagnés de perte de l'intelligence, et se terminaient par le sommeil. Ils étaient suivis pendant quelque temps de vertiges et de céphalalgie. Lorsque Ward restait penché longtemps, les accès se reproduisaient. Le premier accès avait eu lieu le soir d'un jour où le malade était resté longtemps exposé au soleil sans chapeau; les trois jours suivans, l'accès eut lieu le soir, et pendant 4 mois ensuite le malade en parut délivré. La cause de la réapparition de la maladie est restée inconnue. L'intelligence du malade devint obtuse; sa figure portait l'empreinte de la stupidité; l'appétit était bon et les selles normales; le développement de son corps n'avait point souffert; il avait l'apparence de la santé. Vers la fin de sa vie les accès se multiplièrent. La veille du jour de sa mort, il survint un accès très-intense, qui laissa après lui un léger coma et une distorsion des mus-

cles de la face. Après une saignée de 18 à 20 onces, le pouls devint fréquent, le malade fut pris de palpitations et convulsions violentes; coma; convulsion des muscles de la face; agitation; puis insensibilité, respiration stertoreuse. Mort le lendemain dans la soirée.

Autopsie quatre jours après la mort. — Le cerveau était peu ferme, mais ainsi qu'il doit être à cet âge. Les veines de la partie supérieure du cerveau et du cervelet étaient injectées dans toutes leurs divisions et gorgées de sang. Les vaisseaux de la base du cerveau étaient vides. A la partie supérieure du cerveau la substance blanche était farcie de points noirs d'une largeur extraordinaire. Leur nombre allait en diminuant, à mesure qu'on approchait de la base du cerveau où l'on n'en voyait pas un seul. Le cervelet présenta le même aspect, mais les points noirs étaient un peu plus nombreux d'un côté que de l'autre. Il s'écoula peu de sérosité de l'arachnoïde. La substance grise était fortement colorée, plus foncée dans le cervelet que dans le cerveau, mais ne contenait aucun point sanguinolent. Les veines du rachis étaient également injectées; mais la moelle était parfaitement saine. L'encéphale ne présenta aucune autre altération; l'estomac était sain.

Obs. XVe. — *Hydrocéphale lié à une lésion du cervelet, chez un adulte*; par J. C. Grégory. — Ann Murray, âgée de 40 ans, fut frappée sur la partie postérieure de la tête avec une scie; elle resta sans connaissance pendant une heure, et depuis ce moment, elle ne cessa jamais d'avoir de la céphalalgie. Quatre mois environ après, elle entra à l'hôpital: céphalalgie constante; sentiment de pesanteur rapporté à l'occiput; ces deux symptômes étaient augmentés par les mouvemens de la tête et du corps; nausées et vomissemens fréquens, surtout quand la malade essayait de prendre l'attitude verticale; vue légèrement obscurcie, bien qu'on n'observât aucune altération apparente de ce côté et que les pupilles fussent parfaitement

sensibles à l'action de la lumière ; point de paralysie ; aucun trouble de la parole ni de l'ouïe ; intelligence intacte ; constipation ; pouls à 100, un peu faible ; phénomènes fébriles qui disparurent sous l'influence du traitement qu'on employa. Vers la fin de novembre, elle entra dans mon service ; elle venait d'être guérie d'un érysipèle de la tête et de la face, accompagné de délire, et qui laissa après lui une vive céphalalgie. A cette époque, le pouls était presque normal sous le rapport de la fréquence, mais il était petit et faible. Les nausées et les vomissemens persistaient ; la céphalalgie se présentait sous forme d'accès très-intenses qui étaient réveillés par le plus léger mouvement, et faisaient jeter des cris à la malade. L'emploi longtemps prolongé des purgatifs et divers traitemens furent sans effet. Avant la mort, la malade eut une syncope comme on la levait pour la porter hors de son lit ; une autre fois, elle eut une attaque analogue, pendant laquelle elle resta complètement insensible ; cette dernière ressemblait un peu à un accès épileptique, bien qu'il n'y eut point de mouvemens convulsifs des membres. Mort le 19 janvier, sans changement dans le symptômes, sans convulsions. Les facultés intellectuelles restèrent intactes jusqu'à la fin ; quelques minutes avant sa mort, la malade répondait avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui adressait.

Autopsie. — En enlevant la dure-mère, toute la surface du cerveau offrit une sécheresse remarquable. Il n'y avait point de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. Les circonvolutiens étaient partout aplaties et comprimées à la surface du cerveau, à tel point que les sillons qui les séparent étaient à peine perceptibles. Une section horizontale de l'un des hémisphères, à un quart de pouce de distance de la surface, détermina l'écoulement d'une quantité considérable de sérosité. Cette sérosité provenait des ventricules latéraux, qui étaient énormément dilatés. Il ne restait que quelques lambeaux du *septum lucidum* et de la

voûte, mais le reste du cerveau était sain. Le troisième et le quatrième ventricules étaient également distendus par de la sérosité. Une grande partie du lobe gauche du cervelet était dans un état de ramollissement gélatiniforme. Une membrane dense résistante était tendue au-dessous de l'arachnoïde depuis le cervelet, du côté malade, jusqu'à la partie postérieure de la moelle alongée, et disposée de manière à oblitérer le trou de Magendie. Les sutures du crâne n'avaient point été relâchées. Les viscères abdominaux étaient sains.

Ce fait offre un contracte frappant avec ceux où des symptômes apoplectiques, paralytiques, le coma, des convulsions, etc., ont été produits par un épanchement de sérosité dans les ventricules ou à la surface du cerveau, se formant en apparence très-rapidement, mais très-peu abondant comparativement à celui qui eut lieu dans le cas précédent et qui probablement ne s'était fait que graduellement. Il semble très-probable que la sécheresse de toute la surface du cerveau et la grande accumulation de sérosité dans les ventricules étaient dues à l'oblitération du trou de Magendie par une fausse-membrane.

Obs. XVI[e] *Tubercule du cervelet chez un adulte ; marche bizarre des symptômes ;* par le docteur Abercrombie. — Un médecin, âgé de 34 ans, commença, en 1823, à éprouver de la céphalalgie qui se reproduisait de loin en loin et s'accompagnait de vertiges et d'obscurité de la vue. En 1827, la douleur devint plus violente; le malade la rapportait distinctement à l'occiput et à la partie supérieure du cou. Elle offrait une rémission dans le jour et une exacerbation vers le soir. Au printemps de 1828, les symptômes devinrent plus graves, mais ils furent considérablement soulagés par des vésicatoires. L'amélioration se soutint jusqu'en mai 1829, époque à laquelle les accès se renouvelèrent avec violence, s'accompagnèrent de vertiges et donnèrent lieu une fois à une perte complète de con-

naissance. En octobre, le malade commença à percevoir un battement extrêmement pénible à la partie postérieure de la tête. Vomissemens fréquens; paroxysmes extrêmement intenses, se reproduisant le plus souvent le soir, et durant alors de six heures à minuit. Pendant les accès les plus intenses, le visage était rouge, les vaisseaux temporaux étaient distendus, le malade ne pouvait parler et était presque sans connaissance; les membres supérieurs étaient fortement contractés; plusieurs fois il y eut diplopie; pouls naturel; constipation. Tous les traitemens furent sans effet; mais, après cinq ou six semaines des plus vives souffrances, les symptômes s'amendèrent peu à peu et ne se reproduisirent point pendant les mois de décembre et janvier. Le malade put sortir; sa santé générale fut assez bonne. En février 1830, retour de la douleur, ayant son siége toutefois au-dessus des yeux. Les accès furent cette fois moins violens, les rémissions furent plus complètes. Jusqu'au mois d'avril, la condition du malade fut très-supportable. Vers le milieu de ce mois, bien que les accès ne fussent point augmentés de violence et que le malade ne fût point assez mal pour être alité, il mourut subitement au milieu d'un de ces accès.

Autopsie. — Trois à quatre onces de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux; cerveau parfaitement sain. Au sein du lobe gauche du cervelet on trouva une tumeur de la grosseur et de la forme d'une noix; à sa surface, elle était solide et offrait l'aspect d'un tubercule scrofuleux; à la partie centrale elle était ramollie, et la matière qu'elle contenait ressemblait à du pus scrofuleux. La substance du cervelet était parfaitement saine. Tous les autres viscères étaient sains.

Ce cas présente plusieurs circonstances remarquables : les longues rémissions des symptômes; la périodicité des accès au moment même où ils étaient le plus intenses; l'amélioration marquée qui précéda pendant long-temps l'accès

mortel; l'instantanéité de la mort; enfin l'état sain de la substance de tout l'encéphale après des souffrances si prolongées.

Obs. XVIIe *Paralysie du nerf moteur oculaire; guérison sous l'influence d'émissions sanguines abondantes et de la salivation mercurielle;* par le docteur Christison. —Un forgeron, de moyen âge, robuste, adonné à l'ivrognerie, entra à l'hôpital et donna les renseignemens suivans sur sa maladie : Trois semaines auparavant, immédiatement après une débauche, il s'aperçut pour la première fois qu'il voyait double; en même temps, tintement des oreilles; céphalalgie; vertiges très-pénibles surtout lorsque l'œil gauche était ouvert. Quinze jours plus tard, frissons; malaise général; augmentation de la céphalalgie. Dix jours après son entrée à l'hôpital, il offrait les symptômes d'une fièvre continue peu grave; la diplopie persistait. Peu à peu les deux images se rapprochèrent, se confondirent enfin, et le malade cessa de voir double; en même temps la fièvre cessa aussi. Quelques jours après, on observa que le globe oculaire gauche était tourné en dehors d'une manière très marquée; le malade n'avait plus la faculté de le tourner en haut, en dedans ou en bas; la paupière supérieure restait abaissée, le malade ne pouvait découvrir que la moitié de la pupille. Les deux pupilles avaient le même diamètre et étaient également contractiles; si le malade fermait un œil, il voyait très-bien avec l'autre; la vision avec les deux yeux n'était plus double. Il n'y avait pas d'autre symptôme qu'une céphalalgie non circonscrite qui se renouvelait fréquemment. Pendant quelque temps, le globe oculaire parut de temps en temps reprendre ses mouvemens, mais il ne les conservait que vingt-quatre heures. Bientôt ils furent perdus sans retour. Le traitement consista dans plusieurs applications de sangsues à la tempe, un vésicatoire derrière les oreilles et des purgatifs. Aucun amendement ne se manifesta.

Le malade était depuis trois semaines à l'hôpital, lorsque la céphalalgie augmenta progressivement ; le pouls s'éleva ; au bout de deux jours, céphalalgie générale ; élancemens ; engourdissement et diminution de la motilité dans les deux membres. On pratiqua une saignée de bras de deux livres. Le sang était très-couenneux. La céphalalgie fut immédiatement diminuée. On prescrivit le calomel à la dose de cinq grains, quatre fois par jour, avec une petite quantité d'opium, dans le but de produire la salivation. Après quatre jours de ce traitement, l'affection des membres cessa et la fièvre diminua considérablement ; mais on remarqua que la langue se déviait un peu à gauche et que la bouche était tirée à droite ; tandis qu'en même temps l'œil malade était tourné en dehors plus que jamais. Le sixième jour du traitement, le ptyalisme s'établit et le mercure fut suspendu. La salivation fut modérée. Quatre jours après la cessation du calomel, on remarqua une amélioration évidente dans l'état de l'œil. En vingt-quatre heures, les mouvemens d'élévation, d'abaissement et d'adduction du globe oculaire, pouvaient s'exécuter dans la moitié de leur étendue ordinaire ; le malade, en soulevant la paupière découvrait les deux-tiers de la cornée. En même temps la déviation de la langue et de la bouche, la céphalalgie et tous les symptômes disparurent. Depuis ce moment, la guérison marcha rapidement. Huit jours plus tard, tous les mouvemens de l'œil étaient rétablis. La salivation dura douze jours et fut toujours supportable.

Une circonstance curieuse, c'est que lorsque les mouvemens de l'œil affecté furent rétablis assez pour que cet œil pût suivre les mouvemens d'un objet mu au-devant du malade tandis que l'œil sain était tenu fermé, il ne pouvait encore suivre les mouvemens de l'œil sain quand les deux yeux étaient ouverts. Il s'écoula quelques jours avant que les deux yeux pussent se diriger simultanément sur le même objet. Une autre circonstance qui se prête encore moins à nos ex-

plications, c'est cette diplopie, présentant d'abord deux images distinctes, qui ensuite se rapprochèrent chaque jour de plus en plus, jusqu'à ce qu'elles se confondissent enfin en une seule, quoique la déviation de l'œil restât toujours la même.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

EMPYÈME TRÈS-ANCIEN ; OSSIFICATION DE TOUTE LA PLÈVRE GAUCHE ; *par John Thurnam.* — William Jones, âgé de 29 ans, mourut le mercredi 14 mai 1834. Le lundi on l'avait vu, dans un état d'ivresse, se battre avec ses camarades. Pendant la nuit, il resta exposé au froid et à la pluie. Le mardi, augmentation de la dyspnée à laquelle il était sujet depuis long-temps ; quelques crachats sanguinolens. Le mercredi matin il mourut sans avoir reçu aucun secours médical. Le vendredi 16, je fus requis pour examiner le cadavre.

Aspect extérieur. — Cadavre d'un homme robuste et bien conformé. Point de traces de violences extérieures. Aucun vice de conformation.

Thorax. Le cœur était situé à droite ; sa pointe correspondait aux cinquième et sixième côtes droites. En enlevant la paroi antérieure de la poitrine, on découvrit la cavité pleurale droite comme à l'ordinaire ; mais à gauche la plèvre costale, ou un tissu occupant sa place, était devenue le siége d'une ossification très-étendue. La scie, en coupant les côtes, avait entamé cette membrane altérée, et par l'ouverture étroite et longue de deux pouces qui en était résultée, il s'écoula un liquide brun et bourbeux. La plèvre distendue par ce liquide occupait toute l'étendue du côté gauche de la poitrine, et même empiétait sur la cavité droite, repoussant le péricarde et le cœur, et comprimant considérablement le poumon droit. En faisant une petite incision à la partie supérieure et antérieure de cette plèvre, il semblait que l'on coupât un kyste cartilagineux farci de plaques osseuses ; et en effet cette membrane ressemblait beaucoup aux parois des kystes que l'on rencontre quelquefois dans les cas d'ostéo-sarcôme. Sa cavité était remplie par le liquide épais, couleur chocolat, dont il a été parlé. Ce liquide avait la consistance d'un pus épais, sans en avoir la viscosité, et ressemblait un peu à la matière que l'on trouve quelquefois dans l'ovaire désorganisé ; il y en avait sept ou

huit pintes. Le poumon de ce côté était comprimé contre la colonne vertébrale, et réduit au volume d'une rate ordinaire dont il offrait l'aspect et la densité. Je détachai facilement la plèvre ossifiée des côtes et du diaphragme auxquels elle adhérait par un tissu cellulaire peu serré; je la retirai tout d'une pièce de la poitrine, et je la lavai afin de l'examiner plus attentivement. Extérieurement, elle formait un vaste kyste ovoïde, fibro-cartilagineux, dans l'épaisseur des parois duquel la matière osseuse était profondément située. Cette épaisseur variait d'un huitième à un quart de pouce, dans les diverses régions. Intérieurement, sa surface était très-inégale; on y voyait de nombreuses plaques concaves, de grandeur variable, qui semblaient être des prolongemens de la lame osseuse qui occupait presque toute l'étendue de la membrane malade. Cette surface interne ne paraissait point tapissée par une membrane séreuse, elle n'en offrait même aucune trace. On y voyait une couche de matière brune, analogue au tissu du foie, qui semblait avoir été produite par la déposition des parties les plus denses du liquide renfermé dans sa cavité; cette couche pouvait s'enlever comme les couches fibrineuses qui constituent le caillot d'un anévrysme. Cette matière était plus abondante sur la petite portion de plèvre qui recouvrait le poumon, et dans le même endroit la matière osseuse était moins étendue que dans la portion costale. Le poumon droit avait perdu de son volume par suite de la compression exercée sur lui. La plèvre droite était saine; mais le poumon offrait une congestion considérable, et présentait plusieurs ecchymoses.

Le cœur, les gros vaisseaux et l'abdomen ne présentèrent rien à noter. La tête et le rachis ne furent point examinés. La pièce pathologique desséchée offre un exemple curieux et peut-être unique d'ossification de la plèvre.

Désirant savoir quelle avait été la santé de ce sujet pendant sa vie, je parvins avec beaucoup de peine à réunir les renseignemens incomplets qui suivent: Jusqu'à l'âge de seize ans, il avait été extrêmement fort et bien portant, et travaillait à l'état de carrossier. A cette époque, après un rude travail, s'étant exposé au froid, il fut pris, dit-on, d'une inflammation de poitrine très-intense. Cette maladie fut d'abord négligée, et plus tard guérie en apparence par les soins d'un médecin. Il paraît qu'au bout d'un an, ce jeune homme avait un abcès volumineux situé dans l'épaisseur des parois thoraciques, du côté gauche, plus près de l'épine que de l'extrémité antérieure des côtes. Cet abcès fut ouvert, et il en sortit plusieurs fois une quantité considérable de pus. Le malade fit plusieurs séjours dans divers hôpitaux. Enfin il se rétablit, et à mesure que son état s'améliorait, son corps s'inclinait à gauche, au point qu'il boitait en marchant. Cette difformité ne dura pas long-temps; la poitrine se redressa peu-

à-peu, et pendant les huit ou neuf dernières années de sa vie il n'en restait aucune trace. Pendant le même espace de temps il passa pour être exempt de toute maladie, et n'éprouva que de la dyspnée qui variait en intensité ; seulement il était moins robuste que ses premières années ne l'avaient fait espérer. Enfin, il ne cessa point d'exercer son métier pénible de carrossier. — Comme on l'a vu, le poumon droit, déjà diminué de volume, pouvait seul servir à la respiration ; aussi conçoit-on facilement que la pneumonie, qui envahit ce viscère sous l'influence du froid et de la pluie, ait déterminé une mort rapide en s'opposant tout-à-coup à l'accomplissement de cette fonction. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1834).

Inflammation aigue du poumon droit ; pneumo-thorax simple ; bruit de soufflet ; battement des parois thoraciques ; pulsations veineuses ; *par le prof. Graves*. — M.***, âgé de 40 ans, bien constitué et ayant une poitrine largement développée, fut pris de toux, de douleur dans le côté droit, avec expectoration sanguinolente ; en un mot, de tous les symptômes d'une pneumonie intense, ayant son point de départ dans la partie inférieure du poumon droit, mais s'étendant rapidement de bas en haut, de manière à envahir tout le poumon droit. La partie inférieure de ce poumon devint imperméable à l'air, et le point correspondant des parois thoraciques donna un son mat, tandis que la partie supérieure du même côté de la poitrine résonnait aussi bien que la même région du côté sain. Tels étaient les symptômes locaux le troisième jour de la maladie. Le lendemain matin, il s'était opéré pendant la nuit un changement remarquable. La matité persistait à la partie inférieure et antérieure du côté droit du thorax ; mais à partir d'un peu au-dessous de la mamelle droite jusqu'à la clavicule, c'est à dire, dans l'étendue où la percussion donnait la veille un son normal, on trouvait un son anormalement clair et sonore. Le bruit respiratoire n'était plus perceptible dans toute cette région ; de sorte que le poumon semblait refoulé en arrière par de l'air épanché dans la cavité de la plèvre. Le poumon gauche remplissait ses fonctions avec accroissement d'énergie. Quelle était la source de cet air qui occupait une grande étendue de la cavité pleurale droite ? Le malade avait une poitrine très-large et parfaitement conformée ; il était très-robuste ; avant sa pneumonie, il jouissait d'une santé excellente. Chez un tel sujet, l'existence de tubercules était peu probable ; celle d'une caverne presque impossible. Je rejetai donc l'idée que l'air épanché pût provenir des tuyaux bronchiques par l'intermédiaire d'une fistule, et je pensai que ce pneumo-thorax était dû à un gaz sécrété tout à coup par la plèvre enflammée. Cette manière de voir fut justifiée par la marche de la maladie. Le malade se rétablit rapidement et parfaitement. Il n'est pas nécessaire de faire observer qu'un pneumo-thorax

qui dépendrait d'une communication fistuleuse n'est point susceptible de guérison, du moins de guérison rapide. Au bout de six heures, la sonoréité anormale avait fait place à une matité complète; dans cette région, on percevait un murmure respiratoire très-obscur, mêlé avec un peu de crépitation. Cette crépitation était évidemment très-rapprochée de l'oreille; ainsi le gaz formé si rapidement avait été résorbé avec la même rapidité.

Je ne fus pas moins frappé par la présence d'un autre phénomène; un bruit de soufflet très-fort et très-distinct était entendu, non seulement à la région du cœur, mais encore à toute la partie antérieure du thorax. Ce bruit n'existait point sur le trajet des sous-clavières et des carotides. Il avait été nul au début de la pneumonie, et n'avait commencé à se faire entendre que lorsque la matité et l'absence de bruit respiratoire avaient été très marquées à la région inférieure et antérieure droite du thorax; il avait augmenté en intensité à mesure que l'inflammation avait fait des progrès de bas en haut. Ce nouveau symptôme me fit craindre que l'inflammation ne se fût étendue au cœur et aux gros vaisseaux; aussi l'étudiai-je avec le plus grand soin. Il persista sans diminution pendant plusieurs jours; mais lorsque le stéthoscope et les symptômes généraux indiquèrent une diminution notable de l'inflammation, alors le bruit de soufflet commença à perdre de sa force, et quatre jours après, il avait complètement disparu. Je ne chercherai point à expliquer ce phénomène qui doit être très-rare, puisque Laennec n'en fait point mention. Il n'était point lié ici avec un état nerveux, et se trouvait, au contraire, en rapport direct avec l'intensité de l'inflammation pulmonaire.

Dans le même cas, j'eus occasion d'observer le battement particulier des parois thoraciques, qui accompagne si souvent la pneumonie, et que Laennec attribue à l'impulsion du cœur, transmise par l'intermédiaire du poumon hépatisé. Cette explication du phénomène ne me paraît pas satisfaisante. D'abord ce battement est trop fort pour dériver de cette source. Dans le cas qui précède, le battement était aussi fort à la mamelle droite et dans une étendue très-grande au-dessus, qu'à la région précordiale même. Si ce battement n'était autre chose que celui du cœur propagé par l'intermédiaire d'un corps solide, sa force en un point donné serait diminuée en proportion du volume de ce corps. C'est ainsi qu'un homme portant sur la poitrine une enclume volumineuse, perçoit à peine le coup lorsque l'enclume est frappée avec un marteau. Chez mon malade, la pulsation s'étendait à toute la partie antérieure du poumon droit, étendue considérable chez un homme dont la poitrine était très-large, et dans la plupart des points de cette surface elle était aussi forte que celle du cœur lui-même. Indépendamment de cette première raison, il est difficile de concevoir comment l'impulsion du cœur, propagée à tra-

vers le poumon, peut, non seulement lui imprimer un mouvement, mais encore un mouvement capable de donner lieu à une pulsation qui vient frappant distinctement contre l'extrémité du stéthoscope dans toute l'étendue du côté, soulevant à chaque coup la main ou l'oreille de l'observateur. Cette pulsation d'ailleurs donne une sensation telle qu'elle ne semble point produite par un corps mu latéralement comme serait le poumon solidifié poussé par les battemens du cœur; on la retrouve, au contraire, avec autant de force dans toutes les directions, comme la pulsation fournie par un anévrysme. Quelle est donc la cause de ce phénomène? Le tissu pulmonaire, chez notre malade, n'était pas solide, puisqu'il n'y avait ni respiration bronchique ni bronchophonie; mais il était gorgé de sang, et dans l'état appelé engouement. Dans cet état de mollesse et d'engorgement, où le poumon est pour ainsi dire à demi-liquide, il est aisé de concevoir comment le poumon, lié au cœur par des vaisseaux d'un gros calibre, peut donner des pulsations égales en force à celles d'un anévrysme. Le cerveau bat d'une manière notable à chaque battement du cœur; les tumeurs cérébriformes et fongoïdes, à la surface du tronc et des membres, offrent quelquefois, par la même raison, des pulsations si fortes et si manifestes, qu'on les a prises parfois pour des anévrysmes. Quand le poumon est solidifié par les progrès de l'inflammation, on sent et l'on entend les battemens du cœur dans une grande surface; cela a lieu également dans les cas d'induration tuberculeuse; mais dans l'une et l'autre circonstances, jamais on ne sera porté à comparer l'impulsion imprimée aux parois thoraciques, aux pulsations d'un anévryme situé derrière elles.

Quand cette pulsation propre à l'inflammation du poumon existe, elle annonce une affection grave; car alors le cœur est violemment excité, et il est difficile de le ramener à son degré normal d'action. Dans quelques cas de cette espèce, l'action du cœur est assez intense pour déterminer des pulsations, non seulement dans le poumon enflammé, mais encore dans les veines superficielles des extrémités, circonstance qui prouve l'exactitude de l'explication que je viens de donner des pulsations thoraciques. J'ai vu avec MM. Collis et Crampton, un malade atteint de pneumonie, chez qui l'action du cœur était très-énergique; on observait dans toutes les veines du dos de la main une pulsation distincte correspondant à chaque coup du ventricule gauche. J'ai vu avec MM. Ireland et Crampton, une Dame affectée de péritonite très-aiguë, qui offrait aussi des pulsations veineuses d'une manière évidente. (*Dublin Journal, n° 16*).

RUPTURE DU CŒUR PAR UNE VIOLENCE EXTÉRIEURE. *Obs. du docteur J. Salluce, de Miglionaccio.* — Thomas Trajetta, âgé de 10 ans, après avoir mangé, reçut d'un cheval qu'il menait une ruade violente qui porta sur le sternum. Le malheureux enfant tomba, et expira en res-

dant des alimens à peine altérés. Le lendemain, à l'examen du cadavre, nous ne vîmes à l'extérieur qu'une contusion très-légère à la région du sternum. Il y avait beaucoup de gaz dans la cavité abdominale; l'estomac en contenait également, ainsi que des alimens mal digérés. Le foie et la rate présentaient une *obstruction* ancienne; on n'observa aucune autre lésion dans les organes de l'abdomen. Dans la cavité du thorax à gauche, nous observâmes une quantité considérable de sang noir coagulé, lequel provenait d'une déchirure, ayant cinq lignes environ de diamètre, située à la base du cœur sur sa face postérieure et pénétrant dans le ventricule droit. Les poumons étaient sains; la cavité encéphalique ne présentait aucune lésion.. (*Il Filiatro Sebezio*. Octobre 1834, fascic. 46).

Ce fait n'est point unique peut-être dans la science, comme le pense l'auteur. Plusieurs observations analogues, sinon tout-à-fait semblables, sont rapportées par M. Dezeimeris dans ses *Recherches sur les ruptures du cœur*. (Tom. précédent, pag. 505). Toutefois, dans le cas recueilli par le docteur Salluce, si l'examen a été plus exact que ne le garantit le récit qui en est fait, il y a, comme le dit ce médecin, cette particularité curieuse, qu'une violence extérieure sur le sternum, ne produisant aucune lésion de cette partie, a porté toute son action sur le cœur. Cet organe, poursuit le docteur Salluce, se trouvait probablement dans l'état de dilatation au moment du coup éprouvé par le sternum, et il s'est déchiré dans un endroit où sa texture musculaire est le plus faible.

HYDROPISIE; URINE ALBUMINEUSE SANS ALTÉRATION DES REINS; *par le prof. Graves*. — Je ne puis admettre que l'état albumineux de l'urine, dans l'hydropisie, dépend d'une altération de texture des reins. J'ai observé tant de cas où l'albumine disparaissait complètement sous l'influence d'un traitement convenable, qu'un tel état de l'urine doit être fréquemment produit par un simple désordre fonctionnel des reins, et non par l'altération de tissu décrite par le docteur Bright. J. P. Frank a dit, il y a long-temps, que quelques cas d'hydropisie peuvent offrir de l'analogie avec le diabètes. Une observation attentive des diverses formes sous lesquelles l'hydropisie se présente, m'a porté aux conclusions suivantes : Quand l'hydropisie s'établit graduellement, d'une manière chronique; lorsqu'elle n'est accompagnée ni d'inflammation appréciable, ni d'affections organiques, soit dans la cavité thoracique, soit dans l'abdomen, alors il y a quelques raisons pour penser que l'hydropisie est analogue au diabètes. Si, outre ces caractères, l'urine est plus abondante ou aussi abondante qu'à l'ordinaire, et surtout si elle est albumineuse, nos soupçons acquièrent un degré de certitude de plus; et nous devons employer le mode de traitement que réclame cette variété de l'hydropisie, et qui consiste non à saigner, soit par la lancette, soit par

les sangsues, non à administrer des purgatifs ou des diurétiques, non à mercurialiser l'économie, mais dans l'emploi de l'opium et d'une alimentation animale modérée. Ce traitement a réussi plusieurs fois d'une manière remarquable à l'hôpital de Meath, dans des cas de cette nature. En voici un exemple, entre beaucoup d'autres :

Arthur Noble entra à l'hôpital le 16 mai, affecté d'anasarque générale. La maladie durait depuis plusieurs semaines, et, bien qu'elle parût avoir été causée dans son principe par le froid, et qu'elle ait eu alors une apparence inflammatoire, cependant à l'entrée du malade tout symptôme d'inflammation et de fièvre avait disparu ; il ne restait qu'un peu de sensibilité à l'épigastre, probablement due à la distension de l'estomac par des gaz, plutôt qu'à une gastrite. Anorexie ; soif; urine très-albumineuse ; peau humide ; constipation ; un peu de toux avec expectoration, causée par une légère bronchite ; dyspnée peu intense, qui pouvait être causée par un léger œdème pulmonaire. Il faut remarquer que la santé de cet homme était détériorée depuis un an et demi, par conséquent long-temps avant l'apparition des symptômes d'hydropisie. Le premier jour on le purgea activement, ensuite on prescrivit une poudre composée d'un drachme de surtartrate de potasse et d'un scrupule de quinquina, trois fois par jour. L'urine fût augmentée, mais son albumine ne fut pas diminuée en proportion. La peau continua à être humide, le malade prit un meilleur aspect et ses forces s'améliorèrent ; mais on remarqua qu'il dormait à peine une heure dans la nuit, et l'anasarque, qui d'abord avait diminué, devint stationnaire. Cet état stationnaire de l'hydropisie, l'insomnie, l'absence de fièvre, la soif vive, l'urine albumineuse et la moiteur de la peau, me déterminèrent à employer l'opium, qui fut employé d'abord en lavemens, et ensuite sous forme de pilules, à la dose d'un grain et demi. Sous l'influence de ce traitement le sommeil se rétablit promptement, l'urine diminua de quantité, devint moins albumineuse de jour en jour, le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Enfin la soif vive et l'œdème disparurent. Il quitta l'hôpital le 17 juin ; son urine n'était plus albumineuse depuis plusieurs jours. (*Dublin Journal*, N.° 16.)

Plaie de tête ; abcès derrière le crane ; absorption purulente ; mort ; nombreux abcès dans le foie et les poumons. — Le nommé Cyprien Blanc, âgé de 25 ans, tisseur en soie, est apporté à l'Hôtel-Dieu le 24 mars 1833 ; il porte à la partie moyenne du front une plaie assez profonde, arrondie, déchirée sur ses bords, qui sont noirs et fort meurtris. Au-dessus du milieu du sourcil du côté droit, existe une ouverture d'un pouce dirigée transversalement, et offrant l'aspect d'une plaie produite par un instrument tranchant. Le malade déclare qu'il s'est blessé en tombant d'un cabriolet. On panse simple-

ment. Le 25, à la visite, M. Dupuytren examine le malade avec plus de soin que ne l'avait fait le chirurgien de garde; l'aspect de la plaie du front n'est pas expliqué suffisamment par la cause indiquée. Le professeur insiste; le malade, embarrassé, avoue que, tourmenté de chagrin, il a cherché à se donner la mort en se tirant un coup de pistolet chargé de deux petites balles qu'on avait extraites en ville. Un stylet introduit dans la plaie fit reconnaître une portion circonscrite du coronal, dénudée et rugueuse. On fait un débridement. (Diète, saignée, bains de pieds, pansement simple avec de la charpie). Le 26, le malade, qui a passé une nuit agitée, est calme, mais triste, et avec de la céphalalgie; le haut de la face présente une disposition érysipélateuse. (Nouvelle saignée; bain de pieds). Le 27, le gonflement des paupières a augmenté; il y a de la fièvre. Le 28, le ventre est ballonné et sensible; la langue rouge. (Deux grains d'émétique; le soir, vingt sangsues à l'épigastre). Le 27, le malade paraît soulagé par l'évacuation sanguine. L'érysipèle a sensiblement diminué. Le 1.er avril, mieux; plus d'érysipèle; sommeil; appétit; commencement d'alimentation. On extrait de la plaie une portion de bourre; la suppuration est abondante. Le 3, aucun symptôme général; suppuration extrêmement forte; on est obligé de panser avec des compresses graduées. Le 7, le malade se plaint d'avoir eu de la fièvre; la plaie conserve cependant un aspect assez bon. Le 8, la fièvre et l'agitation augmentent; il y a même du délire, somnolence: la figure se grippe; soubresauts des tendons; la plaie a été en grande partie découverte par les mouvemens inconsidérés du malade pendant la nuit; elle est grisâtre et presque sèche. (Vingt sangsues derrière les oreilles; potion avec six grains d'émétique). Le 9 avril, la journée de la veille et la nuit ont été des plus mauvaises; le malade a été dans un délire ou un coma continuel. Des sinapismes n'ont produit aucun effet. Il est au plus mal; la face est décomposée; la respiration est suspirieuse et fréquente; le ventre est tendu et ballonné. On renouvelle une application de vingt sangsues, et une potion émétisée. Mort le soir.

Autopsie. — La peau était décollée par le pus dans l'étendue d'un demi-pouce autour de la circonférence de la plaie; la plaie n'avait subi aucun enfoncement à l'endroit où le coup avait été dirigé, et dans ce lieu seul le périoste manquait entièrement; les parties molles environnantes contenaient du pus non rassemblé en foyer; sous le sourcil, il y en avait des gouttelettes qui semblaient sortir d'orifices de vaisseaux. Les veines de l'orbite étaient pleines de matière purulente jaune, bien liée et bien caractérisée. Le crâne ouvert, on détacha la dure-mère de la face postérieure du frontal, et on arriva à un foyer purulent peu considérable placé derrière l'endroit où avait porté le coup. On trouva aussi de la suppuration entre l'a-

rachnoïde et la portion du cerveau correspondante. Cet organe lui-même est déprimé en cet endroit en forme de godet, ramolli, grisâtre, et les parties qui environnent cette collection purulente sont rouges et injectées. Le foie était parsemé de taches jaunes; et toutes recouvertes d'une couche mince de fausses membranes. Plusieurs incisions divisèrent les nombreux amas de pus contenus dans le foie: leur volume variait de celui d'un pois à celui d'une noix; le pus qu'ils renfermaient était réuni en foyers distincts, au nombre de plus de cent cinquante. On rencontra aussi un grand nombre de ces foyers dans les deux poumons, principalement à leur surface; mais là ils étaient moins réunis et généralement plus diffus dans le tissu de ces organes qui n'en contenaient pas à leur centre. Intestins sains. (Darcy, A. G., *Dissert. sur la phlébite traumatique*. Paris, 1833, N.° 157).

Fracture comminutive de la jambe; suppuration; mort; abcès dans le foie et les poumons, sans altération des veines. — Le 28 janvier 1833, le nommé Claude-François-Bourgeois, âgé de 37 ans, d'une constitution robuste, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe N.° 13, ayant une fracture du tibia et du péroné à leur partie moyenne, compliquée de cinq ou six plaies étroites, causées par la chute d'un tonneau pesant 800 livres; la jambe fut convenablement pansée. Le malade, mis à la diète, fut saigné six fois du 28 janvier au 7 février; son état n'offrit rien de particulier pendant ce temps; seulement il se plaignait de légères douleurs de tête. Le 6, on s'aperçut qu'à la partie supérieure et inférieure de l'appareil, il se trouvait une petite quantité de suppuration fétide et brune. Le 7, douleurs de tête assez fortes; de la jambe, nulles; frisson et fièvre; délire; mouvemens convulsifs. Le soir, céphalalgie moins forte; face rouge; peau chaude, suante; pouls petit et fréquent; le malade parle beaucoup, vite; ses idées ne paraissent pas très-nettes. Le 8, on lève l'appareil qui fut trouvé baigné de pus et de sanie, les compresses trempées d'un pus noirâtre, la peau tombée en suppuration, en gangrène là où elle était le plus contuse. Dès lors, l'état général du malade présenta plus de danger que l'état local. Le 9, point de douleurs à la jambe; céphalalgie; fièvre; faiblesse. Le soir, Bourgeois s'est senti plus mal; douleurs à la poitrine; toux, point d'expectoration; nuit agitée. Le 10, le malade ne souffre pas de la jambe; douleurs fortes à la poitrine; respiration gênée, assoupissemens; les membres supérieurs agités de mouvemens convulsifs; il parle et répond avec justesse, mais sans regarder la personne qui l'interroge; la peau pâle, chaude, couverte de sueur; pouls petit, fréquent; douleur de tête nulle; nausées; soif vive; grande difficulté d'expectoration, toux; respiration difficile. Le pansement de la fracture donne une grande quantité de pus. Le malade n'éprouve aucune douleur à la jambe.

(Vésicatoire camphré à la base de la poitrine.) Le 10, faiblesse extrême, abattement; pouls plus fort, mais fréquent; douleurs nulles; oppression; expectoration difficile; soif vive; pommettes rouges; le reste de la peau pâle, point sèche. (Infusion de polygala; julep.) Le 11, affaissement considérable; céphalalgie nulle; respiration difficile; sueurs abondantes; dévoiement; délire dans la journée alternant avec le coma. Le malade parle bas et vite; paroles sans suite; pommettes rouges; yeux hagards; le pouls petit; soif vive. Mort le 12, après une nuit très-agitée.

Autopsie. — Le foyer de la fracture était baigné de suppuration. Les veines du membre furent suivies et examinées avec beaucoup de soin pour y chercher des traces d'inflammation et de pus; elles furent trouvées parfaitement saines, ainsi que celles du reste du corps. Cerveau sain. Les poumons étaient, à leur surface, parsemés d'une vingtaine de taches jaunes, grenues, isolées les unes des autres et larges comme une lentille. Quelques autres de même nature existaient plus profondément et on les sentait facilement sous le doigt. Lorsqu'on les incisait, on les voyait composées de petits grains extrêmement fins, jaunes, d'une consistance assez forte, se rapprochant de celles de la graisse. La pression en faisait sortir du pus que l'on reconnaissait facilement. Le foie présentait une altération plus remarquable. Dans cinq ou six points de la surface de son lobe droit existaient des collections de pus, dont la grosseur variait depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule, du même aspect que celui présenté par les points lenticulaires trouvés dans les poumons. Dans tous les points correspondans à ces collections superficielles, tant au foie qu'au poumon, la séreuse était enflammée; la vésicule biliaire était très-distendue par de la bile verte. Le reste du corps présentait un état d'anémie très-marqué. (Gaudin. P. L., *De la phlébite traumatique*. Thèse. Paris 1833. N.° 535).

Thérapeutique.

EMPLOI DE L'ARSÉNIC DANS LE TRAITEMENT DE LA PEAU; *par le docteur Thwaites.* — OBS. Ire — Une dame, âgée de 36 ans, était affectée depuis plusieurs années d'un *porrigo furfurans* très-grave qui n'offrait que de loin en loin une légère rémission dans les symptômes. Cette maladie parut pour la première fois après un érysipèle intense déterminé par l'insolation. L'érysipèle s'étendit à la tête, à la face et au cou, et disparut au bout de quelques jours. Bientôt après, il se montra au front, à la racine des cheveux, une légère éruption pustuleuse qui se propagea graduellement aux oreilles et aux deux côtés de la face; quelques pustules se développèrent sur le crâne. Cette affection s'accompagna d'un malaise général très-prononcé et résista à tous

les traitemens qui furent dirigés contre elle. Elle durait depuis plusieurs années, lorsqu'en 1829 j'en entrepris la cure. J'essayai d'abord la teinture d'iode à la dose de cinq gouttes trois fois par jour. Le médicament fut porté graduellement à la dose de 60 gouttes par jour, et fut pris, à cette dose, pendant trois mois. Mais, au bout de ce temps, la guérison n'avait fait aucun progrès. Il restait encore un agent thérapeutique, le seul qui n'eut pas été tenté : l'arsénic. Après avoir suspendu toute médication pendant quelques semaines, la malade commença l'usage de la solution arsénicale à la dose de deux gouttes trois fois par jour. Il sembla d'abord que l'affection de la peau augmentait plutôt qu'elle ne diminuât. Cependant, aucun symptôme fâcheux ne se manifestant, je résolus de continuer. Lorsque l'arsenic fut arrivé à la dose de huit gouttes, trois fois par jour, la malade éprouva un malaise général, des douleurs dans les yeux, un sentiment de plénitude à la région précordiale; les pieds se tuméfièrent et il y eut de temps en temps de la céphalalgie. Je fis alors diminuer progressivement la dose de l'arsenic. Quelques jours après, la peau prit un aspect plus favorable dans les points où les croûtes tombaient, et il ne se forma plus de nouvelles pustules. La santé générale se rétablit et peu à peu l'affection cutanée disparut pour ne plus revenir. Chez cette malade, l'affection de la peau avait perdu tout caractère inflammatoire lorsque je me décidai à employer l'arsenic, et pendant tout le traitement je ne permis aucune application locale.

OBS. IIe.—Une dame, âgée de 50 ans, d'un tempérament sanguin, fut prise, après un érysipèle très-grave de la tête, d'un *porrigo furfurans* qui se développa le long de la racine des cheveux, sur les oreilles et sur les côtés du visage. Après avoir été traitée sans succès par un médecin habile, elle eut un nouvel érysipèle en 1829. A peine guérie de ce dernier, elle se rendit à la campagne espérant y remettre sa santé; mais elle y fut prise d'une fièvre bilieuse qui dura près de trois semaines. Elle en était à peine rétablie, lorsqu'une éruption érythémateuse, de nature très-inflammatoire, se développa sur tout son corps, mais surtout à la tête et au cou. Lorsque je la vis, deux ans après le premier érysipèle, tout le visage, le cou, les bras et le tronc, étaient recouverts par une éruption sèche, vermeille, offrant çà et là de larges desquammations qui se détachaient et tombaient de son front quand elle baissait la tête. Yeux languissans; pesanteur et plénitude de la tête; anorexie; pouls plein et fréquent; peau chaude et sèche; abattement moral. Je prescrivis une saignée de seize onces et une mixture purgative avec addition d'émétique en quantité suffisante pour produire quelques nausées. Ces moyens produisirent un peu d'amélioration dans les symptômes généraux. (Acide nitro-muriatique à la dose de quatre gouttes, trois fois par jour; pilules purgatives; exercice quotidien en plein air.) Bien que la santé géné-

rale s'améliorât sous l'influence de ce traitement ; cependant l'affection cutanée ne perdait rien de son intensité. Les bains sulfureux ne purent être supportés. Après deux saignées générales séparées par un intervalle de quinze jours, voyant que le pouls était naturel, que la céphalalgie avait disparu, que la peau présentait une légère tendance à la transpiration, et qu'enfin la maladie de la peau avait perdu ses caractères inflammatoires, je commençai l'usage de l'arsenic à la dose de trois gouttes deux fois par jour, en augmentant d'une goutte chaque jour. Pendant quinze jours, il ne se manifesta aucune amélioration, ni aucun symptôme fâcheux. Au bout de trois semaines, la peau commença à perdre sa couleur vermeille; la desquammation diminua; le porrigo disparut, et, après une autre quinzaine, la santé était parfaitement rétablie.

La suppression d'une éruption si étendue chez une femme avancée en âge, ne pouvait manquer d'exciter mon attention. Aussi, remarquant de la tendance à la congestion cérébrale, je fis établir un cautère au bras, et, depuis ce moment, rien n'est venu troubler la santé de cette dame.

Obs. IIIe — Une jeune fille de 16 ans, affectée, depuis dix mois, d'une lèpre qui occupait les cuisses et les bras, commença la solution arsénicale à la dose de quatre gouttes, deux fois par jour, en augmentant graduellement. Pendant trois semaines il n'en résulta aucun avantage. La malade abandonna alors son traitement; mais l'ayant repris quelque temps après, sa lèpre fut guérie solidement après quinze jours de l'emploi de l'arsenic qui ne produisit aucun symptôme fâcheux.

Obs. IVe — Cette observation est rapportée par M. Anderson; elle a pour objet une *lèpre vulgaire*. « Quand je vis le malade, dit-il, l'éruption couvrait presque tout le corps et offrait une épaisseur considérable. Il y avait en outre une ulcération de la gorge, en apparence de nature syphilitique, et l'un des yeux était affecté d'iritis. On employa le mercure et la salsepareille. L'iritis et l'ulcération du gosier furent guéries, mais l'éruption ne céda point. Le malade fut alors mis à l'usage de la solution arsénicale, à la dose de cinq gouttes, trois fois par jour. La dose fut élevée jusqu'à dix gouttes avant qu'on remarquât une amélioration. Le médicament fut alors suspendu. Trois semaines après, l'éruption reparut; elle fut guérie une seconde fois et reparut encore. Après un certain nombre de ces alternatives de guérison et de rechute, le malade prit la solution arsénicale avec régularité tous les jours *pendant un an*. Il n'en éprouva aucun fâcheux effet; il se livra à ses travaux habituels; son pouls était habituellement plein, fort, au-dessus de 100; ses yeux étaient larmoyans; ses paupières légèrement enflammées; son appétit était bon; son aspect général était celui d'une personne en bonne santé. Il prenait 30 gout-

tes de solution arsénicale par jour; cette dose parut nécessaire pour obtenir la cure radicale de la maladie. » (*The Edimb. med. and surg. Journ.*, octobre 1834).

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES CAS DE BLENNORRHÉES SYPHILITIQUES; *par le docteur Negri.* — Bien que ce médicament soit l'un des plus efficaces contre la leucorrhée, lors même que la maladie est ancienne et qu'elle a résisté à beaucoup d'autres moyens, cependant son action est moins rapide contre cette affection que contre les hémorrhagies. On devait s'attendre à cette différence d'après le caractère de chronicité que présente la première de ces deux maladies. Aussi convient-il d'administrer le médicament à petites doses dans la leucorrhée, comme cinq ou six grains deux ou trois fois par jour. Par ce moyen, il peut être continué pendant long-temps sans inconvénient. Dans la leucorrhée comme dans la ménorrhagie, le seigle ergoté a une action particulière sur le tissu utérin, et il peut déterminer des douleurs et des contractions spasmodiques, et même des symptômes de métrite: souvent l'écoulement peut être d'abord augmenté. Il faut, dans tous les cas, avant de recourir à l'emploi du seigle ergoté, combattre par les moyens appropriés tous les symptômes d'inflammation ou d'irritation locale.

On trouve dans la pratique, des malades qui ne peuvent prendre la plus faible quantité de seigle ergoté, sans éprouver de violentes douleurs dans tout le système utérin, lorsque ce médicament est le premier administré chez ces mêmes personnes; si l'on y revient après avoir employé d'autres moyens pendant un certain temps, il ne produit plus d'accidens, mais au contraire son influence favorable est évidente.

Chez une femme qui se trouvait dans ce cas, l'orifice utérin était en partie béant, induré, et très-douloureux à la portion gauche de son rebord; lorsque le doigt appuyait sur ce point, des douleurs aiguës s'irradiaient de là vers la région iliaque droite. L'extrait de ciguë combiné avec le sulfate de fer fit disparaître cette sensibilité morbide; alors on reprit l'emploi du seigle, et on le continua pendant très-long-temps sans inconvénient. Sous l'influence de ce médicament, la santé générale s'améliora, les forces se rétablirent, et les pertes blanches cessèrent presque entièrement. Lorsque cette observation a été publiée, la malade prenait encore l'ergot deux fois par jour.

Sur dix cas de leucorrhée recueillis avec soin, le seigle ergoté a échoué trois fois. Mais il est probable que ce défaut d'action doit être attribué à la manière peu judicieuse dont il a été employé. Sur ces trois cas, deux furent suivis de guérison après l'emploi d'autres moyens thérapeutiques; mais dans l'autre on ne put obtenir un succès permanent ni par l'ergot, ni par aucun autre médicament. Dans ce dernier cas, le seigle ergoté parut produire une métrorrhagie après laquelle la perte blanche s'améliora pour un temps.

Le docteur Negri, poussant plus loin ses recherches sur les propriétés médicamenteuses du seigle ergoté, l'a essayé dans la gonorrhée, d'abord chez des femmes, et ensuite chez des hommes.

Obs. I.re — Mary C., mariée, fut traitée au Dispensaire de Saint-Jean, en mai 1833, pour une gonorrhée qui existait depuis trois semaines, et qu'elle avait contractée avec son mari. Elle éprouvait des élancemens douloureux dans la matrice et dans les reins; l'urine était brûlante au passage. Cette femme n'avait jamais été sujette à la leucorrhée. On prescrivit d'abord un purgatif, et ensuite six grains de seigle ergoté trois fois par jour. Le quatrième jour, il y avait une grande amélioration; l'écoulement avait cessé; il n'y avait point de vertiges, mais la malade éprouvait des douleurs dans l'hypogastre, et des espèces de crampes dans l'utérus; l'urine était encore brûlante. La même dose de l'ergot fut encore prise, mais seulement le matin et le soir. Le 11.e jour, point d'écoulement; élancemens douloureux dans la matrice. On suspend le seigle ergoté, et l'on prescrit un peu de tartrate de potasse. Le 20.e jour, écoulement des règles peu abondant et pâle. Le 28.e jour du traitement, léger retour de l'écoulement gonorrhéique. Le seigle ergoté à petites doses en triompha graduellement, et la malade était guérie le 25 juillet, après environ deux mois et demi de traitement.

Obs. II.e — Mary-Anne C., âgée de 26 ans, non mariée, fut admise au Dispensaire le 9 mai 1833. Elle avait une gonorrhée depuis près de deux mois; depuis plusieurs mois sa conduite était irrégulière; elle était d'ailleurs sujette à la leucorrhée. (Six grains de seigle ergoté toutes les quatre heures). Le 13, l'écoulement s'était arrêté après la cinquième dose, et n'avait pas reparu. L'ergot ne produisait aucun effet fâcheux. (Même dose, seulement le soir et le matin). Le 30, menstruation régulière. Le 6 juin, l'écoulement n'avait pas reparu. La malade se trouvait parfaitement bien; elle quitta le Dispensaire.

Obs. III.e — Harriet A., âgée de 27 ans, mariée, fut admise le 20 mai 1833. Quatre ans auparavant, elle avait été bien guérie d'une gonorrhée. Dix semaines avant son admission, ayant contracté la même maladie avec son mari, elle fut traitée à l'hôpital Saint-Barthelemy. Le mercure entra dans le traitement. La malade éprouva une grande amélioration. Le 20 mai, l'écoulement qui avait été jaune et épais, était séreux et blanc. La malade éprouvait encore des élancemens dans la matrice, mais l'urine provoquait moins de douleur au passage; douleurs dans la jambe droite; inflammation du périoste du tibia, probablement de nature syphilitique. La malade étant constipée, on administra d'abord un purgatif, et le lendemain elle prit cinq grains de seigle ergoté toutes les trois heures. Le 23, diminution de l'écoulement. La malade a quelques nausées après avoir pris l'ergot: elle se trouve extrêmement faible. (Même prescription). Le 30,

diminution de l'écoulement ; l'urine ne provoque plus de douleur ; nausées après chaque dose ; point de vertiges. (Même dose d'ergot, trois fois par jour). Le 6 juin, l'écoulement a cessé ; le seigle ergoté fut abandonné, et la malade fut soumise à un traitement mercuriel, à cause de la nature syphilitique présumée de la maladie.

Obs. IV.e — John F., âgé de 40 ans, boulanger, fut admis le 21 juin 1833. Il avait eu six fois la gonorrhée. Habituellement la maladie résistait à toutes les médications ; une fois elle dura neuf mois. Cette fois il avait la maladie depuis trois semaines. L'urine était excessivement douloureuse au passage ; quelques gouttes de sang suivaient son émission ; l'écoulement gonorrhéique était très-abondant, et l'orifice de l'urètre était rouge et tuméfié ; pendant la nuit il y avait des érections douloureuses. (Cinq grains de seigle ergoté toutes les quatre heures). Le 22, l'écoulement n'avait pas diminué, mais l'urine était moins douloureuse. (Même prescription). Le 28, l'urine s'écoulait sans douleur ; l'écoulement était considérablement diminué. Le malade continua le seigle ergoté à la dose de dix grains toutes les quatre heures dans la journée, jusqu'au 11 juillet, où, étant presque entièrement guéri, il voulut quitter l'hôpital.

Obs. V.e — William M., âgé de 24 ans, fut admis le 22 août 1833. Il avait, pour la seconde fois, une gonorrhée qui datait de quinze jours. Ecoulement abondant, jaune et épais. (Cinq grains d'ergot toutes les trois heures). Le 26, même état. (Même prescription). Le 2 septembre, amélioration remarquable. (Même prescription). Le 12, écoulement à peine perceptible. (Même dose trois fois par jour seulement). Le 16, écoulement presque disparu. (Même presc.) Le malade continua le médicament jusqu'au 10 octobre ; à cette époque, l'écoulement parut augmenter un peu, mais il fut enfin complètement guéri.

Obs. VI.e — Wm. S., âgé de 28 ans, fut admis le 4 septembre 1833. Sa gonorrhée durait depuis une semaine. L'urine provoquait beaucoup de douleur ; écoulement abondant, jaune et épais. (Seigle ergoté, cinq grains, toutes les trois heures). Le 16, écoulement moins épais ; point de douleur en urinant. (Même presc.) Le 23, augmentation de l'écoulement ; le seigle est suspendu. (Mixture balsamique). Le 7 octobre, le malade était guéri.

Obs. VII.e — Un malade, affecté de gonorrhée pour la première fois, et chez qui les symptômes étaient très-modérés, fut traité d'abord par le seigle ergoté. L'écoulement, la douleur en urinant, et les érections nocturnes, s'exaspérèrent sous l'influence de cette médication, à laquelle il fallut renoncer. Toutefois, après avoir inutilement employé tous les moyens connus, on revint au seigle ergoté dont l'usage fut combiné avec celui des purgatifs. Il paraît que cette dernière médication fut heureuse, mais l'auteur ne le dit pas d'une manière bien claire.

Après avoir cité les observations qui lui sont propres, le docteur Negri rapporte cinq autres faits qui appartiennent au docteur Ryan. Dans ces cinq faits, une femme fut guérie, par le seigle, en onze jours; deux hommes furent traités par le même médicament avec un succès remarquable; deux autres hommes l'employèrent sans avantage. De ces deux derniers, l'un se traitait chez lui, et peut-être le médicament n'était-il pas bon; l'autre avait une gonorrhée accompagnée de symptômes d'inflammation intense, qui furent augmentés par le médicament.

Le docteur Negri conclut des faits qui précèdent, que le seigle ergoté a une action particulière sur les membranes muqueuses; mais qu'il peut augmenter considérablement leur sécrétion morbide, si on l'administre dans le cas d'une inflammation aiguë; tandis qu'au contraire il peut arrêter leur sécrétion anormale, lorsque la maladie se présente avec une forme plus rapprochée de l'état chronique.

Voici les résultats obtenus par le docteur Negri, de l'emploi du seigle ergoté contre la leucorrhée et les hémorrhagies, depuis le 16 avril 1832 jusqu'au 3 novembre 1833 (non compris les cas de gonorrhées indiqués plus haut, parce qu'ils laissent trop d'incertitude sur l'efficacité du médicament contre cette affection) : 12 métrorrhagies, 8 guérisons; — 2 hémorrhagies par le rectum, 2 guérisons; — 4 hématémèses, 3 guérisons; — 1 épistaxis, 1 guérison; 1 hémoptysie; 1 guérison; — 10 leucorrhées, 7 guérisons. — Total, 30 malades, 22 guérisons. (*Lond. med. and surg. Journ.*, 1834, *passim*).

Fracture de l'humérus non consolidée; guérison par le frottement des deux bouts de l'os; *par Isaac Parrish*.—Samuel Sapp, sujet athlétique, âgé de 27 ans, se présenta, dans l'été de 1833, avec une fracture non consolidée de l'humérus qui existait depuis le mois de mai de la même année. Il s'était adressé sur-le-champ à un chirurgien qui avait placé le membre dans des attelles. Les parties blessées étant peu douloureuses, les pièces du premier pansement restèrent en place pendant trois semaines; à cette époque, on renouvela les attelles, et ces dernières restèrent appliquées pendant trois mois. Aucune consolidation n'étant obtenue, le chirurgien engagea le malade à s'adresser à un autre praticien. Lorsqu'on enleva les attelles, le membre était atrophié, ses muscles ne se contractaient plus, la circulation capillaire y était très-peu énergique. On conseilla au malade de renoncer à l'emploi des attelles et des bandages, d'imprimer des mouvemens modérés à son membre et de le faire frictionner. Ces moyens n'amenèrent aucun résultat; alors seulement il fut confié à mes soins. Les fragmens de l'humérus étaient taillés en biseau d'une manière remarquable; les surfaces de la fracture n'avaient pas moins de trois pouces d'étendue. On pouvait reconnaître facilement, avec le doigt, les bords de ces surfaces, les extrémités arrondies des fragmens, et l'intervalle qui séparait ces

derniers. A raison de l'étendue considérable de la surface de la fracture et de la perte d'action musculaire, les fragmens qui, dans tout autre état des parties molles auraient pu être maintenus en contact, étaient ici écartés dans une étendue plus ou moins considérable, suivant la position du membre. Quand l'avant-bras était placé dans la demi-flexion, comme cela a lieu ordinairement dans les cas de fracture de l'humérus, les surfaces de la fracture étaient écartées dans toute leur étendue, mais surtout supérieurement. Une seule position du membre était favorable à leur apposition. Le membre étant donc maintenu dans cette position, les deux fragmens furent saisis avec force et on exerça un frottement énergique des deux surfaces l'une contre l'autre. Cette opération fut continuée pendant plusieurs minutes, puis le membre fut placé dans un appareil confectionné exprès pour ce malade. On renouvela le frottement tous les matins pendant plusieurs jours. D'abord, il n'en résulta presqu'aucune sensation, bien qu'on y employât toute la force possible. Toutefois, en peu de jours, le malade commença à éprouver de la douleur; celle-ci augmenta à chaque opération et devint enfin très-vive. Les fragmens devinrent moins mobiles l'un sur l'autre; la chaleur et le mouvement reparurent dans le membre et il fallut diminuer les frottemens, tant sous le rapport de la fréquence que sous celui de l'énergie. Au bout d'un mois, l'union osseuse était évidente et fit des progrès rapides. Des douleurs lancinantes étaient fréquemment éprouvées dans le membre, et toute tentative pour mouvoir celui-ci causait de grandes souffrances. Alors on cessa tout moyen thérapeutique. A la fin du deuxième mois, on pouvait reconnaître qu'un cal osseux s'étendait à toute la surface de la fracture. Les muscles reprirent bientôt leur volume et leur forme.

Ce fait démontre la possibilité d'obtenir la réunion d'une fracture non consolidée sans recourir à une opération sanglante. Il est probable que ce procédé ne peut réussir que dans certains cas. Ici plusieurs circonstances se réunissaient en sa faveur : 1° La fracture siégeait à l'humérus; 2° les surfaces de la fracture offraient une obliquité non ordinaire ; 3° les muscles du membre étaient considérablement atrophiés et avaient perdu toute leur énergie contractile; 4° le malade offrait d'ailleurs une constitution saine et robuste. (*The americ. Jour. of the med. Sc.*, août 1834).

Académie royale de Médecine.

Séance du 25 novembre. — Concours de la Faculté. — Le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'arrêté suivant pris

par le conseil de l'instruction publique, dans sa séance du 21 novembre : Art. I[er] A l'avenir, pour chaque concours qui sera ouvert pour une chaire vacante à la Faculté de Paris, il sera fait une liste extraordinaire de dix membres, pris indistinctement parmi toutes les sections de l'Académie. Art. II. Cette liste sera formée en une ou en plusieurs séances successives, par autant de scrutins secrets qu'il y aura de membres à nommer. Art. III. Le sort désignera dans cette liste les quatre juges et le suppléant qui feront partie du jury du concours.

IRRITABILITÉ DU COEUR. — M. H. Cloquet, revenant sur la discussion soulevée par M. Castel dans la séance précédente, rapporte que dans son voyage à Berlin, il a constaté, sur des pièces anatomiques conservées au musée de cette ville et préparées par Walther, qu'il se rend deux ou trois fois plus de filets nerveux à la moitié droite du cœur qu'à sa moitié gauche.—M. Castel, ayant consulté les planches de Walther, de Lower, de Vieussens, de Caldini, de Cloquet et de Scarpa, n'a rien pu trouver qui lui permît de former une conclusion à ce sujet. Sœmmering a fait soutenir assez récemment, par un de ses élèves, une thèse, dont la conclusion est que les nerfs du cœur ne font qu'accompagner les vaisseaux et ne vont point au tissu même de cet organe, ce qui explique, selon l'auteur, son peu de sensibilité; et cette thèse a été l'origine des travaux de Scarpa qui est arrivé à des conclusions opposées.

LÉSIONS DE LA MÉMOIRE. — M. Rochoux faisant allusion à un passage de la communication faite à l'Académie par M. Roux dans la séance précédente, fait remarquer qu'on ne peut établir aucune relation entre la perte de la mémoire des noms propres et l'altération des corps striés.—M. Roux répond qu'il s'est borné à citer deux faits coïncidans, la perte de mémoire des mots et l'altération du corps strié, chez Scarpa, sans prétendre établir entre eux aucun rapport de cause à effet.

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE DE L'ACADÉMIE. — 1° *Mémoire sur la structure du larynx*, par M. Lauth, de Strasbourg; 2° *Mémoire sur l'oblitération des bronches, avec quatre planches*, par M. Reynaud; 3° *Mémoire sur l'imperforation de l'anus*, par M. Roux, de Brignolles; 4° *Expériences sur l'arséniate de potasse*, par M. Boulet; 5° *Mémoire sur la somacétique*, par M. Pravaz; 6° *Mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière, réduite après un mois*, par M. Lepelletier, du Mans; 7° *Mémoire sur la lithotritie*, par M. Ségalas.

VARIOLE. — M. Keraudren lit un rapport sur un mémoire de M. Follet, relatif à une épidémie de variole qui, en février 1827, s'est déclarée à l'île Bourbon, où cette maladie s'observe d'ordinaire très-rarement.

TRAITEMENT CURATIF DU CANCER. — M. Cancoin fait connaître à l'A

cadémie une *pâte phagédénique*, composée avec du chlorure de zinc et de la farine, et jouissant de propriétés caustiques assez énergiques pour détruire les tumeurs cancéreuses externes.

Instrumens en caoutchouc. — M. Hervez de Chegoin lit, en son nom et celui de M. Soubeiran, un rapport sur des instrumens en caoutchouc pur, fabriqués par M. Well.

Calculs vésicaux. — M. Amussat présente une pièce pathologique recueillie sur un vieillard de 65 ans, affecté de pierre depuis longues années, et qui mourut par suite des accidens déterminés par les calculs. M. Amussat, s'appuyant sur la gravité des désordres causés par la présence de ces corps étrangers, conclut, contrairement à l'ancien principe des lithotomistes, que, soit pour la taille, soit pour la lithotritie, il y a avantage à recourir le plus tôt possible à l'opération.

Séance du 2 décembre. — Le docteur Benoît Kimel, de Cassel, adresse trois ouvrages en allemand. L'un de ces ouvrages a pour objet une opération nouvelle, destinée à remplacer la ligature et la torsion des artères, et qu'il désigne sous le nom de *perplication*. Un autre est écrit sur le caillot formé dans les vaisseaux.

La fille de Jean Porchet, ancien chirurgien de Charles IV, roi d'Espagne, envoie à l'Académie le portrait de son père. Ce chirurgien, né à Dijon au commencement du 18e siècle, fut envoyé à Marseille avec une mission du gouvernement, lorsque la peste y éclata. Il eut le courage de s'inoculer cette maladie. C'est lui qui, dans des expériences entreprises à l'hôpital de la Charité, mit le premier les chirurgiens français sur la voie du procédé de lithotomie de Cheselden, que Morand allait chercher en Angleterre.

Pate de chlorure de zinc contre le cancer. — M. Velpeau a commencé des expériences, dont les résultats ne sont pas encore entièrement connus, sur la pâte indiquée par M. Cancoin dans la séance précédente. Il a employé deux sortes de pâte dont voici la proportion : *pâte d'hydrochlorate de zinc*, prenez : hydrochlorate de zinc, 150 parties ; farine, 50 p. — *Pâte de chlorure de zinc ;* chlorure de zinc, 100 parties ; farine, 50 p. On ajoute à chacune de ces deux combinaisons la quantité d'eau strictement suffisante pour en faire une pâte molle et facile à appliquer et à mouler comme on le désire. Ces pâtes ne prennent point sur l'épiderme ; il faut préalablement dénuder le derme. Ces deux pâtes ont également produit des escarrhes.

Fistule vésico-vaginale. — M. Hervez-de-Chegoin fait un rapport sur un instrument de M. Siguéro-de-Sylva, destiné à faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale, et qui est un perfectionnement de la pince de M. Lallemand.

M. Amussat présente à l'Académie une pièce pathologique, concernant une affection remarquable du tissu osseux.

Séance du 7 décembre. — M. Rochoux prend la parole à l'occasion du

procès-verbal. Il a examiné la nature de la tumeur présentée par M. Amussat dans la séance précédente, et il pense qu'il s'agit d'une hypertrophie des cellules du diploë devenues molles et charnues, et remplies par du pus concret. M. Amussat partage cette opinion; mais M. Cruveilhier a cru reconnaître dans cette tumeur les caractères de l'encéphaloïde.

Expériences sur le tritoxide de fer hydraté, comme contre-poison de l'acide arsénieux. — M. Soubeiran donne lecture d'un mémoire où sont consignées les recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet avec M. Miquel. D'abord le poison fut administré à des chiens à qui on laissa la faculté de vomir, et, soit qu'on leur ingérât le contre-poison, soit qu'on les abandonnât à eux-mêmes, ils se rétablirent après avoir éprouvé des vomissemens, des coliques et des déjections sanguinolentes. Une nouvelle série de recherches fut donc entreprise pour savoir positivement : 1.° si l'arsenic amène nécessairement la mort des chiens, quand ils ne peuvent vomir; 2.° si l'oxyde de fer hydraté peut arrêter les accidens d'empoisonnement causés par l'arsenic.

On lia l'œsophage à un chien barbet quelques momens après l'avoir fait manger, et sans lui administrer d'arsenic; il mourut des suites de l'opération après soixante-dix-huit heures. La même opération fut faite à deux chiens à qui on avait ingéré préalablement le poison; la mort arriva au bout de deux heures et de deux heures et demie. Chez un certain nombre de chiens on administra le poison, et immédiatement après, du peroxyde de fer hydraté récemment préparé, délayé dans de l'eau et à une dose douze fois aussi forte que celle de l'arsenic; l'œsophage étant lié, ces animaux furent abandonnés à eux-mêmes. Ils vécurent à-peu-près le même temps que s'ils avaient été soumis seulement à la ligature de l'œsophage; un d'eux même, débarrassé de cette ligature, vécut encore plusieurs jours. Lorsque le contre-poison ne fut administré que deux heures et demie après l'injection du poison, la mort arriva avec une grande rapidité. Il restait à établir au bout de quel temps on pouvait espérer d'administrer encore le contre-poison avec succès. Des expériences tentées pour arriver à ce but, on peut conclure qu'il est possible de retirer de bons effets de l'oxyde de fer hydraté, assez long-temps après que l'arsenic a été introduit dans l'estomac.

Il paraît certain que lorsque l'arsenic a été associé à des matières grasses, l'oxyde de fer se montre moins efficace, parce qu'une partie de l'acide arsenieux recouvert par une couche de matière grasse, est défendue de l'action de l'hydrate de fer Ce dernier médicament, desséché à une douce chaleur, puis délayé dans l'eau, n'a point la même efficacité. Il est tout-à-fait indispensable de se servir d'hydrate qui n'ait pas été desséché. Les pharmaciens devront à l'avenir en avoir tout préparé dans leurs officines.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1.° L'opinion de M. Bunzen, qui considère l'oxyde de fer hydraté comme un excellent contre-poison de l'arsenic, est exacte. 2.° L'oxyde de fer hydraté doit être employé en excès, par rapport à l'arsenic. 3.° L'acide arsénieux, en dissolution, est instantanément neutralisé et précipité par l'oxyde de fer. 4.° Tant que l'acide arsénieux pulvérisé est en la présence de l'oxyde de fer hydraté, délayé dans l'eau, ses effets sont complètement neutralisés ; mais il recommence à agir dès que l'oxyde de fer vient à manquer. 5.° L'hydrate d'oxyde de fer n'empêche pas la mort, quand il y a long-temps que l'arsenic a été introduit dans l'estomac. 6.° Tant que l'on peut croire qu'il y a encore de l'acide arsénieux dans l'estomac, l'injection de l'hydrate est avantageuse, non pour détruire les effets déjà produits, mais pour arrêter l'aggravation des accidens qui résulteraient de la présence du poison.

Si nous avions, dit M. Soubeiran en terminant, à porter secours à un homme empoisonné par l'arsenic, nous n'hésiterions pas à le gorger d'hydrate de peroxyde de fer délayé dans l'eau. Nous laisserions pleine facilité de vomir ; nous exciterions même, autant que possible, les vomissemens, comme un moyen avantageux de débarrasser l'estomac des portions non dissoutes d'acide arsénieux, sur lesquelles l'hydrate n'agit qu'avec lenteur ; enfin, tant que nous pourrions soupçonner la présence de l'acide arsénieux dans l'estomac, nous ferions prendre au malade de l'hydrate d'oxyde de fer.

— M. Roux termine les communications qu'il avait à faire sur son voyage en Italie :

Anatomie. — Parmi les nombreuses préparations anatomiques que M. Roux a vues dans les Musées d'Italie, il vante surtout celles de M. Panizza. Ce savant anatomiste a injecté d'une manière admirable les lymphatiques des organes de la génération. Une autre pièce montre le mode de connexion des filets nerveux du grand sympathique avec les nerfs de la moelle épinière. Mais un fait, plus important encore, c'est le suivant : on sait que depuis quelque temps plusieurs anatomistes ont avancé que les membranes séreuses ne sont nullement vasculaires, et constituent seulement une sorte d'épiderme au-dessous duquel sont les vaisseaux. M. Roux a vu des membranes séreuses de toute espèce réduites à elles-mêmes, et que l'injection faisait voir pourvues d'un grand nombre de vaisseaux.

Anatomie pathologique. — M. Roux fait avec raison des vœux pour que nous réalisions en France ce qui se fait depuis long-temps en Angleterre, en Allemagne et en Italie ; c'est-à-dire, pour que nous fondions, soit dans nos hôpitaux, soit dans nos Facultés, des collections d'anatomie pathologique. La collection de ce genre la plus remarquable que M. Roux ait vue en Italie, est celle de Florence, entrete-

nue par M. Zanetti. Il y a remarqué entre autres pièces : 1.° un crâne traversé par une lame de poignard, dont la pointe déborde de près d'un pouce la table interne des os. L'individu ainsi frappé survécut long-temps à sa blessure, portant le fer enclavé dans le crâne; 2.° deux pièces qui démontrent jusqu'à l'évidence l'enfoncement des os du crâne sans fracture. Ces deux pièces appartenaient à des sujets qui avaient passé l'âge de l'enfance ; dans l'une, la table externe seule a ployé; dans l'autre, c'est l'épaisseur des os toute entière; 3.° la matrice d'une femme qui avait survécu à une première opération césarienne, et qui a succombé à une seconde; 4.° la tête d'un enfant hydrocéphale qui contenait jusqu'à 32 livres d'eau; 5.° un radius dont toute la diaphyse est occupée par une tumeur fongueuse sanguine, qui, pendant la vie, avait été prise pour un anévrysme. Ces tumeurs étaient à peine connues même au dix-huitième siècle, et bien qu'on en eût constaté l'existence dans les parties molles, on l'avait niée dans les parties osseuses.

Accouchemens. — Partout en Italie, il y a dans les Facultés des cliniques d'accouchement. M. Roux a vu à Milan deux placentas continus l'un à l'autre, rencontrés dans un cas de grossesse double : fait extrêmement rare, et dont la réalité avait été révoquée en doute. Dans les cas de ce genre, doit-on lier du côté de la mère le cordon ombilical du premier enfant sorti, pour éviter une hémorrhagie par ce cordon ? Quelques accoucheurs regardent cette précaution comme inutile ; mais elle ne saurait l'être quand les placentas sont continus. M. Roux a vu dans la même ville une collection très-riche de bassins viciés ; de la comparaison d'un grand nombre de pièces de ce genre découle cette remarque importante pour la pratique, c'est que dans les bassins dont la viciation consiste dans une inclinaison oblique d'un côté qui coïncide avec une étroitesse notable du même côté, il y a soudure intime et complète de la symphyse sacro-iliaque correspondante, en sorte que si l'on pratiquait la symphyséotomie, on ne pourrait écarter l'os iliaque de ce côté.

Chirurgie. — A Florence, M. Andrini a montré à M. Roux un sujet qu'il a guéri d'un anévrysme de l'artère crurale par la méthode de Valsalva, la débilité générale ne lui permettant pas de recourir à l'opération. A Venise, on lui a présenté un couvreur qui était tombé d'un échaffaudage très-élevé. Dans la chute, le corps était disposé en travers ; la nuque rencontra une pièce de deux pouces carrés d'épaisseur; ce corps divisa la peau et les muscles, et s'enfonça jusqu'aux vertèbres sans fracture des os, sans commotion du cerveau ni de la moelle, et cet homme resta sur son pieu comme empalé ; en sorte que les autres ouvriers furent obligés de couper le pieu pour transporter à l'hôpital leur camarade, ayant encore dans la plaie ce corps étranger disposé à la manière d'un joug. La guérison s'opéra sans accidens. A Milan, on a fait voir

à M. Roux un homme qui avait été guéri d'une varice anévrysmale par la ligature de l'artère brachiale. Ce cas est très-curieux ; on sait, en effet, que la varice anévrysmatique ne semble pas pouvoir guérir par la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, et que c'est sur la tumeur même qu'il faut mettre à découvert et lier le vaisseau. Ce fait démontre que, malgré la théorie et malgré les faits contraires, la ligature de l'artère peut quelquefois réussir. Enfin M. Roux a réussi à réduire, sur un jeune homme de 22 ans, une luxation de l'avant-bras qui datait déjà de cinq mois, et où l'ankylose était complète en apparence, car l'avant-bras était en arrière de l'humérus, tout le membre était dans l'extension, et la flexion était impossible.

M. Breschet pense que M. Roux n'a pas donné à Panizza tous les éloges qu'il mérite. Panizza a été plus loin que Mascagni : il a montré que celui-ci s'était trompé plusieurs fois. Mascagni, dans son *Prodrôme*, avance que tous nos tissus sont composés de lymphatiques, même les tissus osseux, cartilagineux, fibreux ; Panizza a prouvé que les lymphatiques ne se trouvent dans ces tissus que pour une très-faible part. Panizza vient d'étudier le système lymphatique chez les reptiles. Il a fait voir que Lippi s'est trompé de la manière la plus évidente.

Séance du 16 *décembre*. — M. le président annonce la mort de M. Lallement, chirurgien de la Salpétrière, dont les obsèques ont eu lieu vendredi dernier. M. Lallement était l'un des professeurs de la Faculté de Paris, éliminés en 1822 et réintégrés en 1830, et qui ne crut pas devoir reprendre ses fonctions. Il est mort à l'âge de 78 ans.

LUXATION CONGÉNITALE DES FÉMURS. — M. Breschet présente le bassin d'une fille de 11 ans, affectée de la maladie que l'on appelle à tort, selon lui, luxation congénitale des fémurs, et qui tient à un arrêt de développement de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. La jeune fille qui présentait cette lésion des deux côtés, a succombé à une phthisie pulmonaire. A l'autopsie, elle a présenté les circonstances suivantes : Le bassin, vu de face, avait une forme quarrée ; les fesses faisaient une saillie considérable, formée par la tête des fémurs, placée à deux travers de doigt du bord du sacrum et de la crête iliaque. Les muscles grand et moyen fessiers couvraient la tête de l'os qui reposait sur le petit fessier dans la fosse iliaque externe. Cette fosse ne présentait aucun dépression. Les tendons des muscles pyramidal, obturateurs interne et externe et les jumeaux alongés, se recourbaient de bas en haut pour gagner leur point d'insertion. Le tendon des muscles psoas et iliaque, alongé aussi, se dirigeait de dedans en dehors et de bas en haut pour s'implanter au petit trochanter. Tous les autres muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale étaient à l'état normal. Le grand nerf sciatique, volumineux, conservait sa position ordinaire entre le grand trochanter et la tubérosité sciatique ; l'artère crurale, la veine et le nerf, après avoir passé sur le corps du

pubis, s'enfonçaient plus profondément qu'à l'ordinaire, en formant, au niveau du pli de l'aîne, une légère inflexion à concavité antérieure. Le ligament capsulaire, inséré au pourtour de la cavité cotyloïde, venait s'attacher au-dessous de la tête du fémur, sur la partie supérieure de laquelle il s'appliquait exactement. Ce ligament très-épais, surtout dans l'endroit où il est renforcé par des fibres qui partent de l'épine antérieure et inférieure de l'os coxal, paraissait être le principal soutien offert à la tête du fémur. La capsule contenait dans son intérieur une grande quantité de synovie. Le ligament inter-articulaire formait un ruban aplati dont les extrémités s'inséraient aux lieux ordinaires. Les trochanters offraient leur configuration naturelle; la tête de l'os, qui était revêtue d'un cartilage mouillé par la synovie, était seulement un peu aplatie supérieurement dans l'endroit où elle s'appuyait sur la fosse iliaque externe. Le bassin est en général régulièrement développé, un peu petit pour l'âge de la jeune fille; les deux côtés sont aussi un peu rapprochés l'un de l'autre, de sorte que le diamètre sous-pubien est au moins égal au transversal. Les trois pièces de l'os coxal ne sont pas encore soudées, ce qui indique un retard dans l'ossification. La cavité cotyloïde droite n'existe pas, ou plutôt elle est remplacée par une surface articulaire presque pleine; à gauche, elle est un peu plus profonde, mais beaucoup moins que dans l'état naturel. Il résulte de ce qui précède, que la tête de l'os ne peut être replacée dans sa cavité, bien qu'elle puisse être ramenée à son niveau; que cette tête ne prend point son point d'appui sur la fosse iliaque externe; que ce point d'appui est fourni par le ligament orbiculaire, considérablement épaissi; et, enfin, que les muscles psoas, iliaque, pyramidal, obturateur interne, obturateur externe, quarré et jumeaux, contribuent à empêcher la tête du fémur de se rapprocher de la crête iliaque. M. Breschet reviendra sur ce sujet à l'occasion d'un rapport sur un mémoire qui a pour objet la *luxation congéniale du fémur*.

SECTION DU MUSCLE STERNO-MASTOIDIEN.—M. Amussat a pratiqué cette opération pour un torticolis rebelle à tous les moyens. Le malade porte la cicatrice à deux pouces de la clavicule. La portion de muscle, située au-dessus, a perdu de son volume et est inactive; au-dessous de la cicatrice est un moignon très-gros et très-fort. M. Amussat fait observer que si la section eût été faite en bas, le moignon, resté attaché au bout supérieur, aurait probablement, par sa force, fait subsister la maladie.

Académie royale des Sciences.

Séance du 24 novembre. — EFFETS DE L'ATMOSPHÈRE SUR LES HAUTES MONTAGNES. — Le 16 décembre 1831, M. Boussingault, en compagnie

du docteur Hall, est parvenu sur le Chimborazo à la hauteur de 6,006 mètres. C'est la plus grande élévation que l'on ait encore atteinte en s'élevant sur les montagnes. Le baromètre, qui, comme on le sait, se soutient à 28 p. 3 lig. environ au niveau de la mer, était descendu à cette station élevée à 13 p. 8 lignes; la température de l'air à l'ombre était de 7° 8 c. M. Boussingault discute, dans son mémoire, les effets de la raréfaction de l'air sur les hommes qui s'élèvent sur les hautes montagnes. Il pense qu'il est possible de s'acclimater à l'air raréfié. Ainsi, à une hauteur presqu'égale à celle du Mont-Blanc, là où le célèbre de Saussure trouvait à peine assez de forces pour consulter ses instrumens, on voit en Amérique de jeunes femmes se livrer pendant des nuits entières à l'exercice de la danse. Un combat célèbre dans la guerre de l'Indépendance, celui de Pichincha, s'est donné à une hauteur peu différente de celle du Mont-Rose. Les guides qui ont accompagné M. de Saussure sur le Mont-Blanc, ont tous assuré avoir vu les étoiles en plein jour. M. Boussingault, qui est arrivé dans les Indes à des hauteurs bien supérieures à celles que M. de Saussure a pu atteindre dans les Alpes, n'a jamais été témoin de ce phénomène. — Après avoir rapporté des expériences chimiques faites sur l'air recueilli sur le Chimborazo, M. B. expose le résultat de ses observations géologiques. — Le mémoire de M. Boussingault est un chapitre de l'ouvrage que ce voyageur doit bientôt publier, dans lequel il exposera les résultats scientifiques obtenus dans les andes de la Nouvelle-Grenade.

Sucre de maïs. — M. Pallas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, adresse un mémoire sur le sucre extrait de la tige de maïs. Il rappelle les anciens travaux de Parmentier à ce sujet, et ceux qui ont été connus par ce savant, et dont il est fait mention dans les dernières publications. M. Pallas, qui emploie également les tiges dont l'épi a mûri, ne se contente pas de retirer le jus qui peut sortir par la pression après l'écrasement de cette tige préalablement dépouillée de ses feuilles et de l'enveloppe ligneuse, il fait piler de nouveau la bagasse avec de l'eau, et joint la décoction à la première liqueur obtenue, pour faire évaporer le tout ensemble après filtration et saturation par la chaux. De 7 kilogrammes de tiges, il a obtenu : 1.° 500 grammes de sirop à 34 degrés, à la température atmosphérique de 15° c., 2.° un produit parenchymateux dont on n'a pas apprécié au juste la quantité, et qui paraît pouvoir servir à la nourriture du bétail; 3.° une matière gommeuse de moindre importance. Il paraît que M. Naihrold obtenait une quantité assez considérable de sucre cristallisé : M. Pallas n'a pu encore y parvenir.

Catalepsie. — M. Mazzacarati, de Bologne, adresse un mémoire contenant les expériences et les observations faites sur deux cas de

catalepsie envisagés sous leurs rapports magnétiques, l'exposition d'une méthode capable de conduire les personnes affectées de cette maladie à certaines conditions de l'état nerveux, même à la mort apparente, et le traitement de ces divers états. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion du rapport qui sera fait sur ce mémoire.

Séance du 1.er décembre. — Cette séance ne nous présente d'intéressant à noter que l'analyse donnée d'un mémoire de M. Ehrenberg, de Berlin, intitulé : *Etudes microscopiques pour servir à l'histoire des grandes organisations.* L'auteur commence par prouver qu'il n'est pas possible, avec les moyens actuels d'organisation, de démontrer l'existence d'une *matière animale primitive* telle que les savans l'ont admise. Il trouve dans les infusoires qui ont été l'objet de son examen, même dans ceux que l'on considérait comme les plus simples, une organisation si compliquée, qu'elle ne s'accorde guère avec l'idée d'une génération spontanée. M. Ehrenberg, dans ce mémoire, fait connaître trois nouvelles familles, 34 genres et 135 espèces. A ce qu'on connaissait sur l'organisation des infusoires, il ajoute plusieurs faits nouveaux. Ainsi, il a observé les organes masticatoires chez les infusoires polygastriques : l'on n'en avait encore observé que chez les rotifères. Chez les polygastriques, il a encore observé deux organes globuleux rayonnés qu'il considère comme l'organe générateur mâle. Il a observé encore chez les rotifères un organe qu'il croit organe respiratoire : enfin il annonce que chez tous les infusoires il existe un système nerveux.

Séance publique annuelle du 8 décembre. — M. Flourens a donné lecture des prix ou encouragemens décernés.

Prix Monthyon : Prix de physiologie expérimentale. — La commission, composée de MM. Magendie, Duméril, Serres, Blainville et Mirbel, n'a pas cru devoir décerner le prix de cette année ; mais elle a disposé de la somme qui est annuellement consacrée à ce prix de la manière suivante :

A M. Mohl, de Berne, une médaille d'or de 500 fr. pour ses travaux d'anatomie végétale, et notamment pour ceux qui ont eu pour objet la structure des palmiers et le tissu utriculaire ;

A M. Donné, 500 fr. comme encouragement à continuer ses recherches expérimentales d'électro-magnétisme appliquées à la physiologie humaine.

Prix de médecine et de chirurgie. — La commission a eu cette année à examiner 57 pièces embrassant les diverses branches de la médecine et de la chirurgie. Aucune ne lui a paru mériter le prix. Cependant plusieurs ont mérité présentement des récompenses ou les encouragemens dont la liste suit.

1°. 5,000 fr. à M. le docteur Gensoul de Lyon pour son Mémoire sur quelques maladies graves des os maxillaires supérieurs, et sur les procédés qui sont propres à en opérer la guérison.

2°. 3,000 fr. à M. le docteur Bousquet pour ses recherches expérimentales sur la vaccine. Les principaux résultats de ce travail, constatés par les commissaires, sont : 1° que l'application des ventouses sur les pustules vaccinales, au moment où elles viennent d'être faites, ne porte aucun obstacle au développement des pustules, malgré l'écoulement de sang dont cette application est suivie; 2° que le virus vaccin jouit de toutes ses propriétés au moment de son apparition, c'est-à-dire du quatrième au cinquième jour de son inoculation; d'où il suit que l'on pourrait au besoin prendre le virus des boutons dès cette époque, au lieu d'attendre le huitième ou le neuvième jour, comme on le fait et comme on le recommande dans tous les traités sur la vaccine; 3° enfin, ce qui prouve qu'au cinquième jour l'effet préservatif des pustules est opéré, c'est qu'après avoir éteint ces pustules par la cautérisation, une nouvelle vaccination est sans résultat.

3°. 3000 fr. à M. Mayor, chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne, pour son ouvrage intitulé : *Déligation populaire.*

4°. 2,000 fr. à M. Souberbielle pour les perfectionnemens qu'il a apportés à la méthode sus-pubienne en lithotomie.

5°. 2,000 fr. à M. le docteur Ségalas pour un nouvel instrument de lithotritie dit *brise-pierre à pression et à percussion.* « L'application de cet instrument, dit le rapport, a été faite avec succès sur vingt-quatre malades, dont dix avaient plus de soixante ans, douze plus de soixante-dix, et deux étaient octogénaires. »

6°. 2,000 fr. à M. Nicod à titre d'indemnité pour ses recherches sur les polypes du col de la vessie et du canal urétral. La commission a reconnu l'existence de cette affection chez un malade présenté par l'auteur ; elle semble, du reste, être beaucoup plus rare qu'il ne le suppose.

7°. 1,500 fr. à titre d'encouragement à M. Costallaz pour ses recherches sur les coarctations du rectum et les perfectionnemens qu'on peut apporter à une méthode palliative de traitement.

8°. 1,500 fr. à titre d'indemnité à M. Gannal pour les essais qu'il a faits tendant à arrêter par l'usage du chlore le développement des tubercules pulmonaires. La commission a suivi d'année en année les expériences qui avaient pour objet de constater les effets de cette méthode ; elle regrette de ne pouvoir en annoncer l'efficacité.

9°. 1,000 fr. à M. James pour les tentatives non encore suffisamment justifiées qu'il a faites, afin de substituer un nouveau mode de conserver le vaccin à ceux qu'on a jusqu'à présent employés.

10°. Une mention honorable à M. Felix Hatin pour les perfectionnemens apportés à son instrument destiné à la ligature des polypes des fosses nasales.

Enfin la commission a mentionné honorablement :

1° La nouvelle méthode de traitement des anévrysmes externes, de M. Philip, de Londres, qui consiste à faire traverser par un fil de soie la poche anévrysmale ;

2° Le mémoire de M. Scipion Pinel sur l'œdème cérébral et son traitement ;

3° Le nouveau traitement abortif et spécial des inflammations de la peau au moyen des frictions mercurielles, par M. Serres d'Alais.

4° Le mémoire de M. Ricord sur l'emploi du même moyen contre les érysipèles.

Prix relatifs au moyen de rendre un art ou un métier moins insalubre.

1° Un prix de 8,000 fr. est décerné à M. Salmon pour le procédé à l'aide duquel il est parvenu à désinfecter immédiatement les substances organiques putrides. Dans trois fabriques établies à la plaine de Grenelle, à Bordeaux et à Gray (Haute-Saône), M. Salmon fabrique le charbon désinfectant en calcinant dans des cylindres de fonte la vase ou la boue provenant du dépôt des rivières, étangs ou fossés. Cette boue renferme assez de matière organique pour fournir une poudre noire absorbante et désinfectant au degré convenable. Le vieux terreau, après une calcination préalable, remplirait le même but.

2° Un prix de 3,000 fr. est accordé à M. Rougier, fabricant de soude à Septême, près Marseille, pour un appareil au moyen duquel ce manufacturier prévient l'exhalation dans l'air de la plus grande partie d'acide hydrochlorique formé dans la préparation de la soude artificielle.

3° Une somme de 1,500 fr. est accordée à titre d'encouragement à M. Sochet, pour un four à Paris, chauffé à la houille, et destiné à l'usage de la marine.

4° et 6° La commission pense que deux projets présentés, l'un par M. Périnet, pharmacien à l'hôtel royal des Invalides, et ayant pour objet la distillation de l'eau de mer et la conservation de l'eau à bord des navires ; l'autre par M. Barbotte, et relatif à un nouveau moyen de retirer du fond de la mer des navires coulés, méritent tous les deux que l'on fasse des expériences pour s'assurer de leur efficacité.

Une note de M. le docteur Gendrin, sur l'*emploi de l'acide sulfurique* contre la colique de plomb ; des recherches de M. Julia de Fontenelle sur l'incertitude des signes de mort, et un mémoire sur la *maison mortuaire de Francfort-sur-le-Mein* ; et un autre de M. Dechenaux sur l'*emploi du chlorure de chaux contre les dartres*, sont renvoyés pour le concours prochain à la commission de médecine.

La proclamation des prix décernés cette année a été suivie de

la lecture des programmes des prix proposés pour les années 1835 et 1836.

Prix proposés.

Grand prix des sciences physiques pour 1835. — L'Académie rappelle qu'elle a proposé en 1833 la question suivante :

« Examiner si le mode de développement des tissus organiques chez « les animaux peut être comparé à la manière dont se développent « les tissus des végétaux. »

Rappeler à cette occasion les divers systèmes des physiologistes, répéter leurs expériences et voir jusqu'à quel point elles s'accordent avec les règles du raisonnement et les lois générales de l'organisation.

S'assurer surtout si les animaux d'un ordre inférieur se développent d'une autre manière que ceux d'un ordre supérieur ; s'il existe aussi dans l'accroissement des acotylédones, monocotylédones et dicotylédones autant de différences que l'ont cru quelques auteurs ; enfin si chez les dicotylédones il y a à la fois plusieurs modes d'accroissement. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. « Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er avril 1835, terme de rigueur. »

Prix à décerner aux auteurs des ouvrages ou des découvertes jugés le plus utiles à l'art de guérir, ou à ceux qui auront rendu un art ou un métier moins insalubre. (Prix Monthyon.)

L'Académie fait remarquer que les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte « parfaitement déterminée. » Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée. Les ouvrages ou mémoires envoyés pour ce concours devront être remis avant le 1er avril 1835.

Prix de médecine. — L'Académie avait mis au concours pour 1834 la question suivante :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues.

« Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées.

« Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces » rapports. ».

Le prix n'a pas été décerné, mais le sujet est remis au concours, d'après les motifs exposés dans le rapport de la commission, et dont nous donnons ici un extrait.

Parmi le grand nombre des pièces adressées, quatre inscrites sous les numéros 2, 6, 8 et 12 ont paru particulièrement dignes d'attention, et la commission a pensé un moment à partager le prix entre deux concurrens, et à mentionner honorablement les deux autres.

Mais en considérant que, tout en traitant leur sujet avec un talent remarquable, soit dans l'exposition des faits, soit dans leur rapprochement, les auteurs y ont cependant laissé des lacunes véritables; que, par exemple, les rapports qui existent entre les symptômes des fièvres et les lésions des organes, ainsi que les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports, ont été en général, sinon négligés, du moins présentés d'une manière beaucoup trop superficielle; que si ces parties de la question en sont justement les points les plus difficiles, ils en sont aussi les plus importans et ceux qui réclament, dans l'intérêt de l'humanité, les recherches les plus approfondies, la commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner cette année le prix de médecine de Monthyon, question spéciale; elle a l'honneur de proposer à l'Académie de remettre la même question au concours pour l'année 1836, et en même temps de rétablir le prix à sa valeur primitive, c'est-à-dire de le faire consister en une médaille d'or de 10,000 fr. Le prix consistera donc en une médaille d'or de la valeur de 10,000 fr. Les mémoires devront être remis, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1.er avril 1836.

Question de chirurgie. — L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix à décerner en 1834, la question suivante :

« Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux. »

Neuf pièces avaient été adressées, mais aucun des concurrens n'ayant mis la commission à portée de vérifier sur des personnes atteintes de difformités (ainsi que l'exigeait le programme), l'exactitude des faits énoncés dans les mémoires, seule manière de leur donner l'authenticité désirable, l'Académie s'est vue forcée de remettre la question au concours pour l'année 1836.

Le rapport de la commission renferme plusieurs indications que nous croyons devoir reproduire textuellement, pour que les concurrens soient bien informés de ce que l'on demande; c'est :

1.° La description générale et anatomique des principales difformités qui peuvent affecter la colonne vertébrale, le thorax, le bassin et les membres;

2.° Les causes connues ou probables de ces infirmités, le mécanisme suivant lequel elles sont produites, ainsi que l'influence qu'elles exercent sur les fonctions et particulièrement sur la circulation du sang, la respiration, la digestion et les fonctions du système nerveux;

3.° De désigner d'une manière précise celles qui peuvent être combattues avec espoir de succès par l'emploi des moyens mécaniques; celles qui doivent l'être par d'autres moyens; enfin celles qu'il serait inutile ou dangereux de soumettre à aucun genre de traitement;

4.° De faire connaître avec soin les moyens mécaniques qui ont été employés jusqu'ici pour traiter les difformités, soit du tronc, soit des membres, en insistant davantage sur ceux auxquels la préférence doit être accordée.

La description de ces derniers sera accompagnée de dessins détaillés ou de modèles, et leur manière d'agir devra être démontrée sur des personnes atteintes de difformités. Les concurrens devront aussi établir, par des faits, les améliorations obtenues par les moyens mécaniques non-seulement sur les os déformés, mais sur les autres organes et sur leurs fonctions, et en premier lieu sur le cœur, les poumons, les organes digestifs et le système nerveux. Ils distingueront parmi les cas qu'ils citeront, ceux dans lesquels les améliorations ont persisté, ceux où elles n'ont été que temporaires, et ceux dans lesquels on a été obligé de suspendre le traitement ou d'y renoncer à raison des accidens plus ou moins graves qui sont survenus. Enfin la réponse à la question devra mettre l'Académie dans le cas d'apprécier à sa juste valeur l'emploi des moyens mécaniques proposés pour combattre et guérir les diverses difformités du système osseux. Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 10,000 fr. Les mémoires devront être reçus au secrétariat de l'Institut, avant le 1.er avril 1836.

Pour ce prix, comme pour les autres, les concurrens sont prévenus que *l'Académie ne rendra aucun des ouvrages qui auront été envoyés au concours ;* mais les auteurs pourront en prendre des copies.

M. Arago a lu ensuite l'éloge de Watt; M. Flourens devait prononcer l'éloge de Cuvier; mais vu la longueur de la séance, ce dernier a été remis à une prochaine séance extraordinaire.

Séance du 16 décembre.—Galvanisme.—M. Peltier adresse dans une lettre quelques observations qu'à l'occasion de nouvelles expériences de M. Marianini, il a faites sur les *Contractions secondaires excitées chez les animaux au moment où l'on rompt le circuit voltaïque.* On doit à Ritter, puis à M. de La Rive, la connaissance de ce fait, qu'un arc métallique fermant un circuit hydro-électrique par son immersion dans deux liquides séparés, devient un couple voltaïque produisant un courant en sens inverse; et que ce courant est d'autant plus énergique que le métal est plus inaltérable. M. de La Rive avait pensé d'abord qu'une polarisation moléculaire de tout l'arc était la cause de ce contre-courant : mais depuis il a été prouvé (et M. Peltier lui-même l'a constaté dès l'origine), qu'il n'y a que les bouts immergés qui ont cette faculté, et qu'elle est due à une couche d'oxygène au pôle positif, et une d'hydrogène au pôle négatif. La même cause, dit M. Peltier, produit les mêmes effets sur la grenouille : la patte positive se charge d'oxygène et la négative d'hydrogène. Le contre-courant se démontre en plongeant les pattes dans deux tasses d'eau où se termine le fil d'un galvanomètre très-sensible. Si M. Marianini n'a pas vu ce contre-courant,

cela tient à l'imperfection de son instrument. Il y a cette différence entre l'arc métallique et la grenouille, que le premier, étant inerte, reste immobile sous la réaction des tensions contraires quand on rompt le circuit primitif, tandis que cette réaction produit l'effet d'excitation nerveuse, comme le sont toutes les réactions électriques sur les muscles de la grenouille. Tout se réduit donc à ce phénomène : plus la pile sera forte, plus le temps du courant long; plus les pattes seront chargées, plus la réaction sera énergique, plus les contractions de ruptures seront grandes. Si dans cet état on renverse le courant primitif, son action sera augmentée de l'action secondaire. Ce qui est vrai pour une grenouille entière, l'est encore pour une portion de muscle, pendant tout le temps que l'intégrité des parties s'oppose à l'absorption des gaz ou à leur passage ; car aussitôt que ces parties contiennent un liquide libre et continu, les gaz les traversent comme ils traversent un ruban mouillé, sans être arrêtés aux extrémités. Au-dessus des portions immergées, il n'y a aucun effet produit. C'est en vain que l'on interroge toutes les parties non immergées par des fils de platine et un bon galvanomètre, on ne trouve aucune de ces agglomérations électriques, comme le suppose M. Marianini.

Anatomie comparée : appareil de la génération. — M. Geoffroy lit un mémoire intitulé : *Considérations tératologiques sur les appareils sexuels de la taupe.* — Le premier fait est relatif à l'occlusion de l'orifice externe du canal vaginal chez la femelle même adulte. Pour remédier à cette disposition qni semble menacer d'extinction la race de la taupe, l'organe mâle a été pourvu à son extrémité d'une pointe dure qui, au moment opportun, opère la perforation nécessaire. Cstte partie dure n'est, suivant M. Geoffroy, que l'osselet logé habituellement sur les corps caverneux, et qui s'est porté en avant pour remplir une destination spéciale. — Le second fait est relatif à la distribution du système artériel dans le tronc, et aux modifications qui en résultent pour les divers organes. Le développement des parties antérieures nuit à celui des postérieures ; les os du bassin ont perdu de leur dimension en largeur, mais ils ont gagné en longueur. Au lieu de présenter un canal complet, ils ne forment plus qu'un demi-canal suffisant d'ailleurs pour fournir des points d'attache au vagin, mais ne pouvant apporter d'obstacle à sa dilatation lorsque vient le moment pour la sortie du produit de la conception. La conséquence de cette disposition est que la taupe n'est pas réduite par l'étroitesse de son bassin à une sorte d'avortement, comme elle se voit chez les marsupiaux, et qu'au contraire ses petits, au moment de la naissance, sont plus développés, et, toute proportion gardée, plus volumineux que chez les autres mammifères.

VARIÉTÉS.

Prix de la Société de Médecine de Bordeaux.

La Société propose un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera, dans la séance publique de 1835, à l'auteur du mémoire qui résoudra convenablement la question suivante :

Tracer l'histoire de la maladie appelée Phlegmatia alba dolens; *insister, d'après l'observation des faits, sur la nature et le traitement de cette maladie.*

Sont également mises au concours, pour sujet de prix, les questions suivantes :

Existe-t-il des altérations primitives des fluides circulatoires (sang et lymphe)? les distinguer de celles qui ne sont que secondaires. Déterminer la nature de ces altérations primitives, leur influence sur l'organisme, et particulièrement en ce qui regarde la production et le traitement des maladies.

Un prix de la valeur de 500 fr. sera décerné, dans la séance publique de 1836, à l'auteur du mémoire qui aura donné une solution satisfaisante de ces problèmes.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Dupuch-Lapointe, secrétaire-général de la Société, rue de la Grande-Taupe, n.° 21, avant le 15 juin.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉ SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tome VII.e (Le VIII.e a paru, et le IX.e paraîtra dans les premiers jours de janvier 1835). — Chez Béchet jeune.

La publication de cet important ouvrage se poursuit avec une rapi-

dité toujours croissante; depuis la dernière fois que nous en avons entretenu nos lecteurs, le VII.e et le VIII.e volumes ont paru, et le IX.e est sur le point d'être terminé. Dans un de nos précédens articles, nous avions exprimé l'opinion que les premières difficultés une fois vaincues, les auteurs tiendraient sans doute toutes les promesses qu'ils avaient faites au début de leur immense entreprise, et la promptitude avec laquelle se suivent maintenant les volumes a pleinement justifié notre attente. Mais s'il était intéressant pour les souscripteurs que la publication de ce travail ne traînât pas en longueur, comme celle de tant d'autres ouvrages, il était bien autrement important que la besogne fût bonne. L'examen du VII.e volume prouvera à nos lecteurs qu'à cet égard aussi les laborieux collaborateurs du *Dictionnaire de Médecine* ont largement tenu les promesses de leur *Prospectus*.

Ce volume, qui commence par le mot *Cathartique* et finit par le mot *Cidre*, comprend un grand nombre d'articles importans.

L'article *Chaleur animale*, de M. P. H. Bérard, est ce qu'on trouve dans ce volume de plus intéressant sous le rapport de la physiologie. Ce n'était pas une médiocre difficulté que d'exposer dans un cadre restreint tout ce qui regarde cette question difficile, et de donner une idée de tous les travaux et controverses qu'elle a fait naître; M. Bérard a tenu tout ce que pouvait faire espérer le talent d'analyse que possède ce savant professeur. Après avoir examiné la température des divers animaux, celle des diverses parties du corps; l'influence qu'exercent sur la température, l'âge, le régime, le sommeil, et certains états pathologiques, expliqué comment les animaux résistent au froid et à la chaleur, il arrive à la théorie de la calorification. Il expose rapidement les diverses théories qui ont eu successivement cours, et pose cette conclusion, que la respiration est la source principale, sinon la source unique, de la chaleur animale; il pense que le sang s'échauffe à l'instant même de son passage dans le poumon. M. Bérard revient ainsi à la brillante théorie de Lavoisier, et les considérations par lesquelles il combat les diverses assertions des vitalistes, sont de nature à porter la conviction dans l'esprit d'un lecteur impartial. Il termine son travail en expliquant, d'après cette théorie, comment le corps résiste à la chaleur, et maintient sa température.

L'excellent article de M. Bérard est précédé d'un exposé rapide de la chaleur considérée comme branche de la physique. L'auteur, M. Guérard, indique dans une section spéciale les principales applications médicales qui peuvent en être faites. Le but de cet ouvrage obligeait M. Guérard de s'en tenir à un exposé très-sommaire de la partie physique de son sujet; la plupart des applications de la chaleur à la médecine étant l'objet d'articles spéciaux, il devait glisser

rapidement sur cette question d'ailleurs fort intéressante, M. Guérard s'est parfaitement acquitté de sa tâche, et le tableau complet, quoique succinct, qu'il a tracé de la chaleur, rappelle au lecteur toutes les notions qui lui sont nécessaires pour l'objet qu'il se propose en consultant cet ouvrage.

M. Chomel termine l'article *Chaleur*, par quelques considérations pleines d'intérêt, sur la chaleur animale dans l'état de maladie.

La chirurgie occupe dans ce volume une place moins importante que dans les volumes précédens. M. Gerdy et M. Dezeimeris se sont chargés, le premier de nous apprendre ce qui est l'art du chirurgien; le second, d'en tracer l'histoire. M. Gerdy définit la chirurgie : l'art complexe de reconnaître les maladies chirurgicales, de porter un pronostic sur ces affections et de les traiter, et il s'élève contre la confusion de cet art avec la pathologie externe, qui est la science des maladies chirurgicales. Les élèves qui se destinent à la carrière chirurgicale trouveront d'excellens conseils dans l'article de M. Gerdy. — Un intérêt soutenu s'attache à la lecture du travail de M. Dezeimeris. L'auteur considère, avec raison, l'histoire de la chirurgie comme très-importante. Elle répand, en effet, sur une foule de points de pratique une vive lumière, et concourt puissamment à graver dans la mémoire du chirurgien les notions qui lui sont indispensables. Aussi est-ce à tort que beaucoup de gens considèrent l'histoire de la chirurgie comme offrant seulement un aliment à la curiosité. M. Dezeimeris a dû s'en tenir à donner une esquisse de l'histoire générale et extérieure de la chirurgie. Il a soin d'avertir que la plus grande partie de cet exposé est extraite du Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne. M. Dezeimeris s'arrête à la fin du dix-huitième siècle. C'est donc dans toute la partie chirurgicale de ce Dictionnaire que se trouve exposée l'histoire des progrès récens de la chirurgie. Nous avons été surpris de ne pas trouver mentionnés dans l'article *Bibliographique*, d'ailleurs fort étendu et fort détaillé qui termine cette histoire de la chirurgie, les ouvrages qui ont cette histoire pour objet spécial.

M. Roux a composé les articles *Cathéter* et *Cathétérisme*; le célèbre professeur y a consigné le fruit de sa longue pratique. Sans entrer dans les détails de ces deux articles, nous nous bornerons à une observation : M. Roux, lors de la première édition, préconisait le cathétérisme forcé au moyen de la sonde conique. Cette pratique, dans laquelle cet auteur a été instruit par Boyer, et qui est presque bornée à la Charité, lui paraît encore maintenant préférable à la dilatation graduée qu'emploient presque tous les autres chirurgiens à Paris. Ce moyen qui, entre des mains peu exercées, produit les accidens les plus déplorables, a été pour M. Roux l'occasion de brillans succès; il n'hésite pas à déclarer qu'on est moins exposé à faire des

fausses routes avec une sonde conique qu'avec une algalie ordinaire. Il nous semble que, pour adopter une semblable manière de voir, il faut avoir la main de M. Roux; aussi est-il à présumer que les conseils de ce brillant praticien seront peu suivis; au reste, il promet de revenir sur cette question en parlant des rétrécissemens de l'urètre.

Pour compléter cette revue de la partie chirurgicale du volume qui nous occupe, nous aurions à nous occuper des articles *Chancres*, par M. Lagneau, *Affections charbonneuses*, par M. Marjolin; *Cicatrices et cicatrisation*, par M. Laugier; mais l'espace nous manque pour entrer dans le détail de ces pages instructives, et nous passons à ce qui concerne la science des accouchemens. Ici nous avons à signaler deux articles importans : *Opération césarienne et céphalœmatome*. Fidèle à leur manière de voir, les collaborateurs du *Dictionnaire* ont conservé intact le travail de Desormeaux sur l'opération césarienne; mais comme, depuis la publication de la première édition, on a proposé plusieurs procédés opératoires nouveaux et agité de rechef quelques unes des graves questions qui se rattachent à cette opération, M. Paul Dubois a fait suivre l'article de Desormeaux d'un supplément, dans lequel, après avoir mentionné et blâmé les procédés de Ritgen, de Physick et de Baudelocque neveu, il examine quelle est celle des anciennes méthodes qui mérite la préférence, et il se prononce en faveur de celle dont l'exécution est la plus simple, l'incision de la ligne blanche. Quant à l'époque la plus avantageuse pour la mère et pour l'enfant, M. Dubois prouve, par des recherches statistiques, que le succès de l'opération césarienne pour les mères ne dépend pas autant qu'on a pu le croire de l'époque à laquelle elle a été pratiquée, et que la moyenne, pour les cas heureux comme pour les cas malheureux, a été de deux jours. Quant à l'enfant, il n'y a de chances de vie pour lui que si l'opération est pratiquée peu après l'apparition des douleurs, ou du moins immédiatement après la rupture de la poche. Les recherches de M. Dubois, basées toujours sur des nombres, se sont étendues aux avantages et aux dangers de l'opération et aux modifications anatomiques qu'elle produit. Ce supplément est une addition précieuse faite à l'article de Desormeaux. C'est encore à M. P. Dubois que nous devons l'article *Céphalœmatome*. Cette affection, qui a plus particulièrement fixé l'attention des accoucheurs depuis quelques années, offrait encore, malgré les nombreuses recherches dont elle avait été l'objet, beaucoup de points obscurs. Le savant et judicieux auteur de cet article a soumis ces divers écrits à une critique éclairée, et quoiqu'il n'ait eu occasion de voir que six cas bien constatés de céphalæmatome, il n'en est pas moins parvenu à donner de cette affection une description plus détaillée et plus lumineuse qu'on ne l'avait fait avant lui. M. P. Dubois s'est particulièrement attaché à pré-

ciser le siége, la nature et les causes du céphalæmatome, et nous ne doutons pas que les explications qu'il propose ne soient généralement adoptées. Le décollement, soit du péricrâne, soit de la dure-mère, paraît être à M. P. Dubois la cause première du céphalæmatome, et il y a d'autant plus lieu de croire à la vérité de cette hypothèse qu'elle fait disparaître les contradictions qui régnaient entre les assertions des divers observateurs, et ramène le céphalæmatome et le *caput succedaneum* à constituer des variétés d'une seule et même maladie. Le traitement basé sur ces données est ramené par M. Dubois à des principes fixes et rationnels qui mettront un terme à l'incertitude à laquelle était livré le praticien au milieu des conseils opposés et même dangereux des accoucheurs allemands.

Le *choléra* offrait un intérêt de circonstances qui, joint à l'importance primitive du sujet, recommandait particulièrement cet article à l'attention des auteurs du *Dictionnaire*. MM. Ferrus et Dalmas ont été chargés de ce travail. Le premier, dont on regrette de ne pas trouver plus souvent la coopération à cet ouvrage, a décrit le choléra sporadique; c'est en partie la reproduction de l'article dû à la plume élégante de cet intelligent écrivain dans la première édition. M. Ferrus a renfermé dans quelques pages tout ce qui concerne le choléra sporadique. Sans être humoriste, il n'est pas partisan des doctrines de M. Broussais, et il prouve que la nature du choléra n'est pas celle d'une gastro-entérite. On aime à voir la sage prudence de sa thérapeutique sévère, opposée à tous ces traitemens souvent peu éclairés et dangereux qui ont été préconisés contre le choléra.

M. Dalmas qui était allé chercher le choléra en Pologne à une époque où il était encore douteux que ce fléau vînt dévaster la France, a fait, sur le choléra en général et sur le choléra épidémique en particulier, un excellent travail qui dispensera ses lecteurs de consulter les innombrables écrits enfantés par la question qui nous occupe. Examinant d'abord l'étiologie du choléra, M. Dalmas soumet à une critique sévère toutes les hypothèses émises à ce sujet et réduit à sa juste valeur le peu que nous savons à ce sujet. M. Dalmas n'est pas contagioniste, et il attaque par une logique serrée les argumens par lesquels les partisans de la contagion ont voulu soutenir leur opinion. Il nous paraît difficile de ne pas admettre la conclusion à laquelle arrive M. Dalmas, savoir : qu'il nous est impossible d'indiquer en quoi consiste la cause de la propagation du choléra Ce point le plus important de tous peut-être est, à notre avis, le plus obscur, et nous avouons n'en pas savoir plus aujourd'hui sur ce sujet qu'à l'époque de la première apparition du fléau. » — Quant à la nature du choléra, M. Dalmas est conduit par l'examen détaillé de toutes les opinions émises à ce sujet, à avouer qu'elle est un mystère et qu'il nous est impossible d'assigner à cette affection une

place à côté de telle ou telle autre. — Quel triste résultat de tant de travaux et d'écrits, et quel désolant argument contre l'intelligence humaine et l'imperfection de ses moyens d'investigation ! Il est un point du moins de l'histoire du choléra qui a été éclairé par les derniers observateurs : c'est sa description ; et ceux qui liront le tableau détaillé qu'en a tracé M. Dalmas, se convaincront que c'est aux Français que revient en grande partie l'honneur d'avoir mieux fait connaître la symptomatologie et l'anatomie pathologique du choléra. — L'insuffisance et l'incertitude du traitement ressortiraient de notre ignorance absolue sur les causes et la nature de la maladie, si elles n'étaient sur-abondamment prouvées par les faits ; aussi, M. Dalmas est-il fort court sur ce sujet. Il s'élève avec énergie contre les moyens proposés par les contagionistes pour se préserver du choléra, et passe rapidement en revue tous les moyens tentés inutilement contre cette affection. — C'est à M. Littré que l'on doit l'article bibliographique qui termine le beau travail de M. Dalmas. Nous avons inutilement cherché dans cette longue liste, une excellente monographie publiée, sur ce sujet, dans le repertoire médical ; elle est de M. Littré !

Nous ne pouvons que signaler à l'attention du lecteur les articles *Chorée* de M. Blache, et *Chlorose* de Desormeaux, et mis au courant actuel de la science par M. Blache, travaux consciencieux et complets où l'érudition est habilement mise au profit de la pratique. MM. Cazenave et Blache poursuivent leurs utiles travaux sur la matière médicale et nous avons lu avec un vif intérêt les articles *Charbon* et *Chaux* dus à M. Cazenave, *Chlore* et *Chlorures* écrit par M. Blache.

M. Raige-Delorme nous paraît avoir justement apprécié les propriétés médicales des eaux de *Chaudes-aiguës* et de *Cheltegham*. Quant à celles de *Cauterets*, M. Orfila qui avait pu observer sur lui-même les heureux effets de ces eaux, a bien voulu se charger de faire connaître le résultat de ses recherches, et son intéressant travail fait vivement sentir tout ce que la science gagnerait à ce que les autres eaux minérales fussent étudiées de la même manière.

Nous nous arrêterons ici dans cette rapide revue du VII.e volume du *Dictionnaire de Médecine*. Quoiqu'il nous ait été impossible d'en analyser tout le contenu, nous aurons rempli notre but si nos lecteurs en concluent avec nous de cette analyse, que ce volume ne le cède en rien à ceux qui l'ont précédé. En présence de tant de bonnes choses, nous avons dû négliger quelques critiques de détail, quelques taches légères ; c'eût été se montrer d'une sévérité déplacée. Nous espérons pouvoir faire connaître le VIII.e volume à nos lecteurs dans notre prochain Numéro. MONOD.

De l'anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies ; par F. Ribes, *professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier*. Tome II. Paris, chez Just-Rouvier et E. Le Bouvier. 1834. In-8.° xii-356 pp.

En rendant compte du premier volume de cet ouvrage (*Archives gén. de Méd.*, 1829, T. XXI, p. 146), nous avons averti que le titre ne donnait nullement l'idée de ce qu'il renferme. C'est un avis qu'il faudrait donner aujourd'hui, si nous ne l'avions déjà fait. En l'absence d'un titre exact ; nous allons reproduire ici la préface de l'auteur, pour que son but soit bien compris, et cette préface suffira à la plupart de nos lecteurs pour juger la valeur de son livre. Voici cette préface, que l'auteur intitule *Transition*.

« Mon séjour à Paris fut dans mon éducation médicale la contre-épreuve de mon séjour à Montpellier. C'est pourquoi, lors de la publication du premier volume de cet ouvrage, en 1828, j'étais sorti manifestément des idées du passé, pour entrer dans des voies nouvelles. Mon livre n'était pas une simple déclaration de guerre au matérialisme médical ; il offrait déjà un essai de conciliation entre les deux grands systèmes auxquels tous les autres peuvent être ramenés. Imbu des recherches des médecins contemporains sur les altérations des organes, je compris les maladies principalement *locales*, et je les admis dans mes divisions ; mais non moins pénétré de l'utilité des travaux antérieurs à ceux de cette époque, je reconnus des affections *générales ou de l'économie entière* : ceux-là seuls auront une notion exacte de ces dernières, qui saisiront le véritable sens des mots *individualité, unité du corps vivant*. Ce n'est pas tout, j'insistai sur le rapport des maladies primitivement locales avec les affections générales, et sur les relations de celles-ci avec les changemens anatomiques qui s'observent en elles. De cette manière il me devint plus facile de faire la part de l'autopsie cadavérique dans l'étude du siège des maladies considéré sous ses diverses faces.

» Je concevais donc alors déjà l'économie humaine comme une association de parties, et je distinguais dans cette association des intérêts généraux et des intérêts particuliers ; j'y voyais des intérêts particuliers *combinés*. Ces idées, qui constituent le fond du livre, *sont neuves* ; elles sont la première tentative de fusion entre l'école de Bichat et celle de Barthez, au moyen d'*un principe nouveau*.

» Mais ce principe, dont je cherchais quelques conséquences, s'est de mieux en mieux formulé dans ma tête ; et aujourd'hui je l'énonce nettement, j'en fais plus clairement l'application aux yeux de tous : parce que la méditation m'a permis de dominer toujours davantage les deux systèmes rivaux, et d'employer un langage propre à la conciliation que je poursuis et que j'effectue.

» Nul doute qu'il pourra y avoir pour le lecteur quelque contraste dans le langage ou la forme, entre les deux parties de cet ouvrage. Cependant il lui sera facile de reconnaître que dans la première j'étais déjà bien loin du vitalisme par la forme comme par le fond. Mes discours sur l'*ecclectisme médical*, sur la *science des rapports de l'homme avec le monde extérieur*, sur *la vie universelle*, mes leçons à la Faculté de Médecine de Montpellier, ont montré par quels progrès successifs s'est opérée *la transformation de ma science passée*.

» Et *me voici* actuellement avec *le caractère et la physionomie nouvelle qui m'appartiennent*. Il n'y aura, je l'espère, de l'équivoque pour personne. Je me suis trouvé conduit par le dogme fondamental de *l'unité multiple*, de la diversité et de l'unité *combinées*, déjà énoncé dans le premier volume de cet ouvrage, à une doctrine médicale qui n'est ni le vitalisme, ni l'organicisme, mais l'un et l'autre à-la-fois, non plus *mélangés*, mais COMBINÉS : car j'applique un principe qui contient ceux de ces deux systèmes.

» Que si on veut me qualifier *d'eclectique*, comme j'ai désiré d'abord l'être moi-même, peu m'importe, pourvu qu'on se souvienne que *ce qui me spécifie* et CONSTITUE MA PERSONNALITÉ, c'est que mon eclectisme ne laisse rien à l'arbitraire, et qu'il n'est pas comme celui *de tous* les médecins qui ont prononcé et prononcent encore ce mot, le *pêle-mêle* des systèmes ; mais leur *combinaison régulière*. L'eclectisme n'a point de principe ; et ma doctrine a pour base celui de la VIE UNIVERSELLE. »

Nous avertirons ceux à qui cette préface inspirerait le désir de lire l'ouvrage de M. Ribes (si cette préface peut donner une telle envie), qu'ils seront plus d'une fois révoltés par les hautes prétentions et le ton tranchant de l'auteur. Ce défaut déparait déjà le premier volume, et nous crûmes devoir le signaler ; mais l'agrégé d'alors, M. Ribes, était d'une modestie rare à côté du professeur du même nom. Il montrait, dans ce temps, de l'*outrecuidance* au profit de l'Ecole de Montpellier ; aujourd'hui c'est pour son propre compte. Et pourtant qu'y a-t-il dans ce volume dont la vanité d'un auteur puisse se gonfler ? Quelques idées justes, mais bien connues, dont l'auteur s'empare sans façon pour *constituer*, comme il dit, *sa personnalité*, de graves erreurs, mais déjà bien vieilles, sur les méthodes applicables à l'étude des sciences d'observation, et des discussions prolixes, des amplifications emphatiques sur quelques points de doctrine qui demandaient un petit nombre de pages, et non pas un volume, pour être traitées.

Sunt verba et voces, prætereaque.... nihil.

Clinique médicale de l'hôpital Necker, ou Recherches et Observations sur la nature, le traitement et les causes physiques des maladies; précédées de considérations sur l'art d'observer et de faire des observations en médecine : par J. Bricheteau, etc. Paris, 1835. In-8° pp. 415.

Ce volume est le premier fascicule d'une série de travaux qui ont *principalement pour objet de faire mieux connaître et mieux apprécier les causes physiques des maladies.* L'auteur débute par d'utiles considérations sur l'art d'observer, et entre ensuite en matière par des observations intéressantes dont nous ne ferons qu'indiquer les titres à cause du peu d'espace dont nous pouvons disposer : 1° *du rire sardonique et du siége de cette singulière affection ;* 2° *affection squirrheuse de l'œsophage et du pylore ; différence entre cette maladie et le cancer.* Nous craignons que l'auteur ne soit accusé de donner au mot squirrhe une fausse signification ; 3.° deux observations d'*érysipèles généraux ;* 4.° trois observations de *rhumatismes aigus traités par le tartre-stibié*, suivies d'une note sur l'*action du tartre-stibié à haute dose dans les phlegmasies ;* 5.° trois observations de tubercules développés dans les centre nerveux. Le reste du volume se compose de plusieurs mémoires importans par la nature des matières qui y sont traitées.

I. *Du Pneumo-thorax et des vomiques du poumon.* — On retrouve ici les idées de M. Beau sur le tintement métallique. (*Archives générales*, mars 1834). M. Bricheteau reconnaît quatre espèces de vomiques : 1.° celles qui sont formées par la suppuration du parenchyme pulmonaire ; 2.° celles qui sont produites par la fonte des tubercules ; 3° celles qui sont produites par une suppuration dans la cavité des plèvres ; 4° celles qui sont causées par un abcès du foie qui pénètre dans le poumon. Il appuie surtout sur la réalité des abcès du poumon à la suite de la pneumonie, abcès dont l'existence a été niée par plusieurs pathologistes et notamment par Bichat.

II. *Considérations physiologiques et pathologiques sur l'influence du cœur, et de l'hypertrophie des ventricules de ce viscère sur les fonctions et les maladies du cerveau et du poumon.* — L'auteur s'élève contre les médecins vitalistes qui rejettent, d'une manière trop absolue, les applications à la pathologie de nos connaissances en physique et en mécanique, et il cherche à établir, par des faits qui lui sont propres, ainsi que par des citations nombreuses, que le cœur et la circulation artérielle ont une influence réelle sur le cerveau et les fonctions cérébrales, et qu'il existe une connexion entre l'hypertrophie du ventricule gauche et diverses maladies du cerveau, telles que les congestions cérébrales, l'apoplexie, etc. De cette dernière conclusion

il fait découler des considérations pratiques qui peuvent être très-utiles. Si l'hypertrophie du ventricule gauche peut avoir de l'influence sur plusieurs maladies du cerveau, à plus forte raison une telle influence doit-elle être exercée par celle du ventricule droit sur plusieurs maladies du poumon. Réciproquement les lésions des poumons peuvent avoir une action fâcheuse sur le cœur. Tels sont les points traités dans ce second mémoire qui renferme un bon nombre de faits.

III. *Recherches et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite.* — Ce mémoire contient onze faits, suivis de guérison.

IV. *De la péricardite, de l'anévrysme du cœur, du bruit de roue, de frottement de cuir neuf ou d'étoffe froissée, du bruit de soufflet dans les cavités du cœur et dans les artères.* — L'auteur confirme les idées émises par le docteur William Stokes sur le bruit de frottement dans la péricardite (*Archiv. gén.*, janvier 1834). Il discute celles qui ont été publiées sur l'*insuffisance des valvules du cœur*, par les docteurs Corrigan (*ibid.*, décembre 1832) et Guyot (*ibid.*, juin 1834), et adopte l'opinion de M. Bouillaud, relativement aux bruits anormaux du cœur.

V. *Recherches et observations sur les accidens produits par les calculs biliaires récemment formés, et sur les meilleurs moyens d'y remédier.* — Après avoir décrit les symptômes qui peuvent faire croire à l'existence des calculs biliaires, M. Bricheteau préconise les purgatifs contre eux; mais il y a pour leur administration un temps d'élection. « Les purgatifs, dit l'auteur, ne me paraissent devoir être administrés que vers la fin de la maladie, car il serait à craindre qu'ils fussent rejetés au commencement et qu'ils ne fissent qu'ajouter aux souffrances des malades; il est présumable d'ailleurs, qu'ils n'entraînent l'expulsion des calculs *que lorsqu'ils sont dans le duodénum*..... »

L'ouvrage est terminé par l'*éloge de Pinel* prononcé en 1827; on y trouve encore une observation de *maladie de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine.*

Les opinions médicales de M. Bricheteau sont connues, une grande partie des matériaux, imprimés dans ce volume, ont été publiés déjà. Toutefois, il est de nature à faire désirer la prochaine publication des volumes suivans.

Erfahrungen ueber die Erkenntniss und Heilung der langwierigen Schwerhoerigkeit, etc. — *De la surdité chronique; par le docteur* W. Kramer. Avec une planche lithographiée. Berlin, 1833. In-8°, pp. 108.

Malgré les importans travaux qui depuis quelques années ont été

publiés sur les maladies de l'oreille, surtout par MM. Itard, Saissy, Beck, etc., on ne peut nier cependant que la surdité ne soit encore une des maladies le moins bien connues et traitées : aussi doit-on accueillir avec empressement les publications de recherches propres à jeter quelque jour sur ce point obscur de la pathologie, surtout quand ces recherches sont faites avec autant de soin et dans un but aussi éminemment pratique que celles de M. Kramer. C'est ce qui nous engage à analyser avec quelque détail le petit ouvrage de ce médecin.

Dans l'introduction, M. K. commence par rendre justice aux travaux de M. Itard ; il trouve cependant que dans son ouvrage sur les maladies de l'oreille et de l'audition, notre célèbre compatriote a traité avec plus de soin des maladies aiguës que des maladies chroniques ; aussi n'est-ce que de ces dernières que s'occupera M. K. ; il les comprend toutes sous la dénomination de *surdité chronique*, d'après leur symptôme prédominant. Une chose essentielle dans la description des maladies chroniques de l'oreille, c'est l'appréciation du degré de surdité ; M. K. l'indique toujours dans ses observations, et se sert, pour cette appréciation, de sa montre, préférablement à l'acoumètre de M. Itard. Il commence toujours par là l'examen d'un malade ; ensuite seulement il examine les différentes parties de l'oreille ; et à cet effet il se sert pour le conduit auditif externe d'un spéculum en forme d'entonnoir, composé de deux moitiés latérales, qui peuvent être écartées l'une de l'autre au moyen d'une charnière qui réunit les deux branches dont se compose le manche de l'entonnoir. Cet instrument est représenté sur la planche lithographiée. Il en est de même de la sonde dont se sert l'auteur pour cathétériser la trompe d'Eustache, sonde qui ne diffère guères de celle qu'on emploie communément. M. K. examine la trompe d'Eustache chez les individus affectés de surdité chronique. Après avoir introduit la sonde par le nez dans l'ouverture de la trompe, il y souffle, soit avec la bouche, soit avec un petit soufflet : si le malade a la sensation de l'air poussé dans la cavité du tympan, et faisant effort pour sortir par le conduit auditif externe, on peut être assuré que la trompe d'Eustache et la cavité du tympan ne sont pas mécaniquement obstruées ; lorsqu'au contraire le malade n'a pas cette sensation, on peut supposer que des mucosités amassées, des rétrécissemens ou des oblitérations existent dans ces cavités.

M. K. divise les maladies chroniques de l'organe de l'ouïe, comme la plupart de ses prédécesseurs : en 1.° maladies de l'oreille externe ou du conduit auditif externe, 2.° maladies de l'oreille moyenne, ou de la trompe d'Eustache et de la cavité du tympan ; 3.° maladies de l'oreille interne ou du labyrinthe.

1. MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE. — a. *Inflammation érysipélateuse*

de la membrane qui tapisse le conduit auditif. — La rougeur propre à cette maladie ne commence qu'à la première courbure du conduit qui est ordinairement obstrué et très-sensible en cet endroit ; des ulcérations s'y forment quelquefois. — Des injections froides avec de l'eau savonneuse sont à employer, et remplacent souvent avec avantage la curette, qui cause des douleurs très-vives dans certains cas. On touche même les ulcérations avec de la teinture d'opium ou de myrrhe.

b. *Inflammation de la même membrane avec tendance à la formation de polypes.* — Elle se trahit par un écoulement mucoso-purulent ; l'on trouve sur les parois du conduit, surtout vers le fond et même sur la membrane du tympan, des tumeurs de la grosseur d'une lentille ou d'un pois, lesquelles sécrètent la matière qui s'écoule. La maladie s'accompagne de vertiges. Les tumeurs sont difficiles á guérir ; elles se reproduisent trop facilement ; on les arrache avec une pince à anneaux, ou l'on cautérise.

c. *Inflammation de la même membrane ou du tissu cellulaire sous-jacent.* — Il y a pression, plénitude dans l'oreille ; les malades y introduisent le doigt pour rendre le conduit accessible à l'air, suivant leur expression : quelquefois ils se plaignent de douleurs. Le conduit auditif est rétréci par un boursoufflement pâle, vésiculaire, de la membrane qui le tapisse : ouïe dure, bourdonnemens, tête prise, sensibilité aux sons aigus. Au bout de quelques jours on aperçoit un liquide blanc, jaunâtre, aqueux, d'une odeur fade, dans le conduit; celui-ci est sensible, rouge, tuméfié et rétréci, surtout dans ses parties profondes. Peu-à-peu l'humeur sécrétée devient plus abondante, plus épaisse, jaune, verdâtre, sanguinolente, fétide, corrosive ; le conduit se rétrécit de plus en plus d'arrière en avant. Les bourdonnemens sont continuels et la surdité presque complète. La maladie peut s'étendre à la membrane du tympan, détruire les osselets de l'oreille, le rocher, affecter même les méninges et le cerveau. — Les causes de cette maladie sont l'enfance, la constitution scrofuleuse, les refroidissemens, surtout pendant le cours de la rougeole, de la scarlatine, de la variole; la suppression trop brusque d'une éruption chronique à la tête ou au dos. — *Traitement :* lorsque la maladie est récente on en combat les causes, mais lorsqu'elle est ancienne elle est indépendante et doit être combattue directement : le seul moyen général qu'on emploie dans ce dernier cas est la décoction de Zittmann. Dans tous les cas on devra nettoyer le conduit plusieurs fois par jour, au moyen d'injections avec du lait tiède, de l'infusion faible de sureau ou de camomille. Les moyens principaux sont une diète réglée, des laxatifs, des sangsues autour de l'oreille lorsque l'inflammation est vive ; les bains de vapeurs et les fomentations sont nuisibles; tout au plus applique-t-on pendant un court espace

de temps des cataplasmes émolliens lorsque les douleurs sont très-vives. On fait des frictions sur l'apophyse mastoïde avec un onguent fortement stibié, et on entretient la suppuration qui en résulte, quoique dans les premiers jours elle augmente l'écoulement par le conduit. Lorsque l'inflammation est appaisée, on dilate le conduit au moyen de l'éponge préparée. Enfin quand tous ces moyens ont été employés et que l'otorrhée continue, on se sert de moyens astringens, tels que l'acétate de plomb, l'alun, le sulfate de zinc, ce dernier surtout en solution ou en pommade. — La maladie qui vient d'être décrite, ainsi que l'inflammation de la caisse du tympan, détruisent quelquefois la membrane du tympan; cette destruction n'est jamais une maladie essentielle. Le relâchement de cette membrane est une maladie hypothétique; mais quelquefois la membrane du tympan devient opaque comme une cornée leucomateuse, ce qui cependant ne paraît pas beaucoup troubler la fonction.

2.° MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE. — Les maladies des osselets (carie, anchylose, luxation), la paralysie de leurs muscles, etc., sont hypothétiques, impossibles à diagnostiquer pendant la vie, et sans intérêt pratique. Les maladies de la caisse du tympan et celles de la trompe d'Eustache ne peuvent être séparées; ce sont: le catarrhe de ces parties, le rétrécissement et l'oblitération ou atrésie de la trompe d'Eustache.

a. *Catarrhe de la caisse du tympan et de la trompe.* — Symptômes: coryza, pesanteur dans la tête et les oreilles, bourdonnemens, dureté de l'ouïe; cette dernière persiste tandis que les autres symptômes disparaissent; conduit auditif ou bien humide, rempli d'une matière cérumineuse, purulente, ou plus souvent tout à fait sec; membrane du tympan, opaque, blanche, tachetée; trompe d'Eustache remplie de mucosités; amélioration par le temps sec, après des vomissemens, des éternuemens, des accès de toux. — Le diagnostic s'obtient par l'introduction de la sonde dans la trompe: en y soufflant l'air ne pénètre pas ou avec peine, en faisant un bruit bouillonnant à travers les mucosités; dans ce dernier cas, le malade a la sensation de l'air qui enfle la membrane du tympan; si cela n'a pas lieu, on fait des injections pendant quelques jours, et si alors encore on ne parvient pas au tympan, on introduit par la sonde une corde à boyaux, qu'on fait pénétrer dans la trompe dans la longueur de sept à huit lignes, alors on touche le tympan; tous les autres moyens d'investigation sont insuffisans. — *Traitement*: On est parfois obligé d'agir contre la disposition générale du corps; mais le traitement local est toujours le plus essentiel; il consiste surtout dans des injections, qui doivent être faites exclusivement par la trompe d'Eustache, celles par la membrane du tympan perforée ou par l'apophyse mastoïde ouverte devant être abandonnées. M. Deleau n'emploie que des sondes et

des douches gazeuses ; M. Kramer réfute les objections que ce médecin a faites à l'emploi des sondes solides et des injections aqueuses, et fait voir que les sondes élastiques ne méritent la préférence que dans les cas rares où la narine du côté affecté étant trop étroite ou obstruée, il s'agit de cathétériser la trompe par la narine du côté opposé. Les injections réussissent bien, et M. K. ne voit pas pourquoi on les remplacerait par les douches gazeuses, les inconvéniens prêtés aux premières par M. Deleau étant chimériques. Le seul avantage des douches gazeuses est de fournir par le bruit que l'air occasionne en arrivant dans la caisse du tympan un signe diagnostique ; mais on parvient au même but en insufflant de l'air par la sonde en argent. — M. K. emploie pour les injections à peu près les mêmes instrumens que M. Itard, en modifiant toutefois le bandeau frontal. Il emploie d'abord de l'eau pure tiède ; si elle n'entraîne point de mucosités, il y ajoute du sel de cuisine. La seringue doit contenir quatre onces, et on use à peu près trois livres dans chaque séance, qui doit se répéter tous les jours. Au bout de quelques jours dans les cas récens, et de quelques semaines dans ceux plus anciens, le malade sent tout à coup l'injection parvenir jusqu'à la membrane du tympan ; le malade entend mieux alors, mais au bout de quelques heures, la trompe s'obstrue de nouveau ; il faut donc continuer les injections, en ayant soin de diminuer la force d'impulsion et de revenir à l'eau moins salée ou pure, à mesure que les parties reviennent à leur irritabilité naturelle. Lorsque l'air insufflé par la sonde arrive jusqu'à la membrane du tympan en occasionnant un son sec, pur, non gargouillant, on cesse le traitement.

b. *Rétrécissement de la trompe d'Eustache.* — Il se manifeste par la dureté de l'ouïe, et est occasionné par un état inflammatoire de la muqueuse suivi de son épaississement et de celui du tissu cellulaire sous-jacent. Il peut y avoir plusieurs rétrécissemens dans la trompe. On découvre le rétrécissement par la sonde ; lorsqu'on ne peut faire parvenir jusqu'à la membrane du tympan ni eau ni air, on introduit une corde à boyaux ramollie et arrondie à son extrémité ; arrivée au point rétréci elle s'arrête et ne pénètre, lorsqu'elle est assez fine, que par une pression un peu plus forte. La maladie est très-rare et ne peut être guérie que dans les cas où le rétrécissement occupe le deux tiers extérieurs de la trompe ; le tiers postérieur, étant situé dans un canal osseux, ne peut être dilaté. Les sondes élastiques que M. Deleau préconise pour le traitement de cette maladie et le morceau d'éponge ne peuvent être introduits parce qu'ils sont trop épais. Les cordes à boyaux sont les meilleurs dilatans qu'on puisse employer. M. K. est parvenu à guérir cette maladie en quinze jours. Lorsqu'on ne réussit point, la perforation du tympan est indiquée. Quoique M. K. n'ait jamais vu cette opération suivie de succès, ordi-

nairement l'ouverture artificielle se referme. En tout cas, l'opération ne doit être pratiquée que dans le cas où la surdité dépend de l'occlusion de la trompe ou de l'ossification ou épaississement de la membrane du tympan.

c. *Atrésie de la trompe.* — Elle occasionne une dureté considérable de l'ouïe. Lorsque l'atrésie occupe l'ouverture de la trompe, on ne trouve point celle-ci avec la sonde, tandis que lorsque l'atrésie est située plus haut, la sonde et la corde à boyau pénètrent jusqu'au point oblitéré, mais pas plus loin. On ne peut remédier à ce mal que par la perforation de la membrane du tympan, qui cependant offre peu de chances de succès à cause de l'action violente des causes qui ont occasionné l'atrésie et qui probablement ont étendu leur action jusqu'à l'oreille interne. Les propositions de Saissy et de Perrin, d'ouvrir la trompe avec un trocart ou le caustique, doivent être rejetées, vu l'impossibilité de pratiquer convenablement ces opérations.

Maladies de l'oreille interne. — Le manque de la lymphe de Cotunni ne peut être reconnu ni pendant la vie ni après la mort, et ne peut, par conséquent, être décrit comme une maladie. Le nerf auditif seul doit être considéré dans l'oreille interne. La surdité qui résulte de son altération peut être appelée *nerveuse*, et se manifeste sous deux formes, l'*éréthique nerveuse* et la *torpide nerveuse*.

a. *Surdité nerveuse éréthique.* — C'est la plus fréquente des maladies chroniques de l'oreille. L'ouïe dure est alors accompagnée ou même précédée de tintement ou bourdonnement d'oreilles, d'abord intermittent, puis continu pendant l'état de veille, et enfin interrompant même le sommeil. Ce bourdonnement ressemble tantôt au murmure d'un ruisseau, au bruit que font les feuilles agitées par le vent; tantôt au bouillonnement de l'eau, au tintement des cloches, etc. Ordinairement, il commence par des sons bas, obscurs et passe aux sons clairs et aigus à mesure que la maladie se développe. Il incommode beaucoup les malades; quelquefois ceux-ci ne se plaignent que de sons aigus, criards, et supportent parfaitement le bruit que fait un orchestre complet. Le malade comprend le mieux quand on parle distinctement en face de lui, et quelquefois pendant qu'on bat le tambour, qu'on sonne les cloches, ou qu'une voiture passe dans la rue. Le bourdonnement cesse lorsque la paralysie du nerf auditif est complète. — La *paracousie* et l'*hypercousie* qu'on a décrite à part ne sont que des symptômes.

b. *Surdité nerveuse torpide.* — Elle est plus rare que la précédente dont elle se distingue par l'absence du bourdonnement. — Les refroidissemens sont une des causes principales de la surdité nerveuse; puis le chagrin, la lactation prolongée, la déperdition d'humeurs. — Lorsque le malade n'entend plus la montre placée entre les dents, il est incurable. — Les bourdonnemens proviennent de ce que les

malades entendent la circulation du sang dans les petits vaisseaux de l'oreille, comme les hystériques et les hypochondriaques sentent les battemens de l'aorte. — Après bien des essais, M. K. a réduit le traitement de la surdité nerveuse à l'emploi des vapeurs d'éther acétique, dégagées dans un appareil inventé par lui, et introduites dans l'oreille par la sonde placée dans la trompe d'Eustache; jamais il ne fait durer l'application pendant plus d'un quart d'heure, et on ne la fait pas deux jours de suite de la même oreille. Quant aux cornets acoustiques, ils ne sont d'aucune utilité aux individus affectés de surdité par éréthisme; ils ne conviennent que dans la surdité torpide.

Nous avons tâché de donner un résumé exact de l'opuscule de M. K.; des observations viennent à l'appui des principales propositions qui y sont contenues et qui sont loin d'être toutes généralement admises, mais qui n'en méritent pas moins l'attention des praticiens, surtout de ceux qui sont placés favorablement pour en constater la valeur.

V. Stoeber.

Traité de pathologie générale; par E. F. Dubois (*d'Amiens*). Paris, 1835. In-8.°, 2 vol., pp. 606 et 581.

De notre temps, la médecine toute entière a été en quelque sorte *romantisée*. Devant une critique quelquefois trop présomptueuse et une méthode d'observation généralement plus exacte et plus sévère, toutes les croyances des temps passés sont venues tomber, les unes pour ne plus se relever jamais, les autres pour reprendre à-peu-près le rang qu'elles avaient occupé. Après tant d'écroulemens et des réédifications, d'oscillations des anciennes idées tour-à-tour abaissées et élevées, après l'introduction de tant d'idées nouvelles ou prétendues telles, nous n'avions plus de traité de pathologie générale qui se trouvât, quelle que fût d'ailleurs sa valeur absolue, en harmonie avec l'état nouveau des connaissances médicales. Il y avait du mérite à voir la lacune; il en fallait surtout pour la combler. M. Dubois (d'Amiens) a tenté cette grande œuvre; et si nous ne faisons aujourd'hui qu'annoncer cette récente production de la presse médicale, c'est que nous croyonsdevoir juger avec tout le loisir et toute la maturité convenable un ouvrage qui a pour objet ce qu'il y a de plus difficile peut-être à traiter dans l'état actuel de notre science. Toutefois, voulant dès à-présent donner une idée du plan adopté par l'auteur, pour plus de clarté et d'exactitude nous le laisserons parler lui-même. Après avoir cité les travaux de Pinel et ceux de Bichat, il s'exprime ainsi : «... Il y avait donc nécessité pour nous de reprendre les choses de plus haut et de chercher à réaliser (en raison de nos forces bien entendu, *pro parte virium*), pour l'homme *pathologique*, ce que Bichat avait fait

pour l'homme *anatomique*. Mais il y avait en même temps quelques modifications à apporter à ce plan ; et, après avoir fait en quelque sorte la part de la pathologie *générale*, il fallait aussi faire celle de la pathologie *spéciale*. Voici comment nous avons procédé.

» Nous avons partagé notre ouvrage en trois grandes sections : Dans la première, qui répond aux anciens traités de pathologie générale, nous avons examiné *la maladie* sous le point de vue le plus général, tant sous le rapport des causes que sous celui des symptômes, des lésions anatomiques, etc.

» Dans la seconde section se trouvent *les maladies qui peuvent affecter plusieurs systèmes de l'économie animale*. soit qu'elles les affectent ainsi successivement de proche en proche, sympathiquement ou ou simultanément, devenant, progressivement ou tout-à-coup, générales.

» Dans la troisième section, nous avons examiné, et toujours d'une manière générale, *les maladies de chacun de ces systèmes*. ».

Nous nous bornons pour le moment à la simple annonce de cet ouvrage de l'un de nos plus spirituels et de nos plus féconds auteurs; nous y reviendrons dans un prochain numéro, et nous en donnerons une analyse proportionnée à l'importance du sujet.

Temple allégorique de la médecine. 1834. FAVART, *doct.-méd.* MASSILIENSIS, *comp.* DESAULX, DERMIER *et* GESSARD, *sculpt.* A Paris, chez l'éditeur, rue du Dauphin-Rivoli, N.° 7. Prix, 15 fr.

Sur toutes les diverses parties de ce Temple et sur chaque pierre qui le compose se trouvent chronologiquement inscrits, à partir de la base, les noms des diverses institutions médicales et des médecins qui ont illustré la science. La dernière pierre qui vient s'ajouter à ce Temple pour le compléter, est celle sur laquelle est inscrit le nom de Chaussier. Cette idée de présenter sous un coup-d'œil et dans une forme agréable, les fastes de la science, est fort ingénieuse.

FIN DU TOME VI DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME VI,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

